

**Mestrado em Educação e Saúde**

# Promoção da Qualidade de Vida no Idoso: A Atenção, a Memória e a Audição

Ana Filipa Marmeleiro Fonseca



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia  
da Saúde de Coimbra

**esec**

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para Saúde

# Promoção da Qualidade de Vida no Idoso: A Atenção, a Memória e a Audição

Ana Filipa Marmeleiro Fonseca

*Relatório de Projeto apresentado à Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra e à Escola de Educação de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Amaral, Professora de Psicologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, e da Mestre Margarida Serrano, Professora de Audiologia na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.*

2015

***Dedico este trabalho aos meus Pais e Irmão pelo  
amor, apoio e dedicação incondicional***

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Paula Amaral pela orientação e ajuda disponibilizada.

À Mestre Margarida Serrano pela orientação e atenção demonstrada.

À D. Piedade, ao Sr. David, à Dr.<sup>a</sup> Vera e à Dr.<sup>a</sup> Sara por todo o carinho, ajuda, atenção e disponibilidade prestada.

A todos os idosos que fizeram parte da amostra deste estudo.

## RESUMO

O aumento do envelhecimento da população a nível mundial tem originado um grande interesse nesta área. A prevenção do declínio no funcionamento cognitivo de pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva, bem como de Programas de Intervenção que integrem outro tipo de valências (audiológicas). Foram integrados num programa de intervenção onze indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os sessenta e cinco e os noventa e um anos de idade. O programa teve a duração de nove semanas, incluindo catorze sessões. Cada sessão teve uma duração de quarenta minutos e foram distribuídas duas sessões por semana. Na avaliação antes e após a intervenção, foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Montreal Cognitive Assessment (para avaliação do desempenho cognitivo); 2) Questionário de Autoeficácia Auditiva (para avaliação da autoeficácia auditiva) e 3) Questionário WHOQOL-OLD (para avaliação da qualidade de vida). Os objetivos do estudo foram: 1) Identificar no idoso fragilidades a nível cognitivo e audiológico; 2) Sensibilizar os idosos para a importância da audição no dia-a-dia, bem como da saúde auditiva; 3) Melhorar o funcionamento cognitivo; 4) Melhorar a autoeficácia auditiva e 5) Melhorar a qualidade de vida. Os resultados evidenciaram melhorias estatisticamente significativas no desempenho cognitivo ( $p=0,002$ ). Relativamente à qualidade de vida, as diferenças estatisticamente significativas ocorreram nas subescalas “Participação Social” ( $p=0,011$ ), “Morte e Morrer” ( $p=0,031$ ) e “Intimidade” ( $p=0,001$ ). No total da escala, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas, o valor ficou muito próximo da significância. Quanto à autoeficácia auditiva também ocorreu uma melhoria significativa no que diz respeito à escuta complexa ( $p=0,034$ ) e ao total da escala da autoeficácia auditiva (P-LSEQ) ( $p=0,006$ ). Este estudo realça a importância da implementação de Programas de Intervenção que integrem diferentes valências (cognitiva e audiológica) e consequentemente permitam melhorar a qualidade de vida dos idosos.

**PALAVRAS-CHAVE** Programas de estimulação cognitiva, idosos, qualidade de vida, autoeficácia auditiva

**ABSTRACT**

The increase in the aging of the world population has led to a great interest in this area. The prevention of decline in the cognitive functions of elderly people can be obtained by implementing Cognitive Stimulation Programs and Intervention Programs that integrate other different valences (audiological). Eleven individuals, aged between sixty-five and ninety-one years old, have been integrated into a intervention program. The program lasted nine weeks, including fourteen sessions. Each session lasted forty minutes and it was made a distribution of two sessions per week. In the assessment before and after the intervention, the following instruments were used: 1) Montreal Cognitive Assessment (for cognitive performance evaluation); 2) Listening Self-Efficacy Questionnaire (to assess hearing self-efficacy) and 3) WHOQOL-OLD Questionnaire (to assess quality of life). The objectives of the study were to: 1) identify in the elderly audiological and cognitive weaknesses; 2) Sensitize the elderly to the importance of hearing in day-to-day life as well as hearing health; 3) Improve cognitive functioning; 4) Improve listening self-efficacy and 5) Improve the quality of life. The results showed statistically significant improvements in cognitive performance ( $p = 0,002$ ). Concerning the quality of life, statistically significant differences occurred in the subscales "Social Participation" ( $p = 0,011$ ), "Death and Dying" ( $p = 0,031$ ) and "Intimacy" ( $p = 0,001$ ). In the total of the scale, although the differences were not statistically significant, the value was very close to significance. Regarding listening self-efficacy there was also a significant improvement with respect to the complex hearing ( $p = 0,034$ ) and the total of the listening self-efficacy scale (P-LSEQ) ( $p = 0.006$ ). This study highlights the importance of implementing Intervention Programs that integrate different valences (cognitive and audiological) and consequently allow to improve the quality of life for seniors.

**KEY-WORDS:** Cognitive Stimulation Programs, elderly, quality of life, hearing self-efficacy

***“A verdadeira arte da memória é a arte da atenção”***

**Samuel Johnson**

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da Variável Idade.....	24
Tabela 2- Distribuição das variáveis Estado Civil e Habilitações Literárias .....	24
Tabela 3 – Média do Limiar Auditivo para cada frequência no Ouvido Direito (O.D.) ..	25
Tabela 4 – Média do Limiar Auditivo para cada frequência no Ouvido Esquerdo (O.E.) .....	25
Tabela 5 – Média total do Montreal Cognitive Assessment comparando o pré e o pós-teste.....	26
Tabela 6 – Média de acertos para cada sessão em relação aos 5 estímulos apresentados.....	27
Tabela 7 – Média das variáveis do Questionário da Autoeficácia Auditiva em idosos, comparando o pré e o pós-teste .....	27
Tabela 8 – Distribuição das variáveis do Questionário WHOQOL-OLD, comparando o pré e o pós.....	28
Tabela 9 – Distribuição das variáveis do Questionário WHOQOL-OLD, comparando o pré e o pós-teste (continuação) .....	29

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Média de acertos ao longo de cada sessão, com 5 estímulos não-verbais (sons).....	27
Gráfico 2 – Média de acertos ao longo de cada sessão, com 5 estímulos verbais (palavras).....	27
Gráfico 3 – Média de respostas ao Questionário de Satisfação das Sessões.....	29



## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	2
2.1. O Processo de Envelhecimento.....	2
2.2. O Envelhecimento Cognitivo e a Estimulação Cognitiva .....	3
2.3. A Memória .....	5
2.3.1. Tipos de Memória.....	6
2.4. A Atenção.....	7
2.4.1. Tipos de Atenção.....	7
2.5. A Memória Sensorial Auditiva e a Atenção Auditiva.....	8
2.6. A Perda Auditiva e a sua classificação (grau e tipo) .....	9
2.7. A Perda Auditiva no Idoso .....	10
2.8. Relação entre a Perda Auditiva e as capacidades de Memória e Atenção ...	11
2.9. A Autoeficácia.....	13
2.10. Qualidade de Vida no Idoso .....	15
2.11. Programas de Intervenção .....	16
3. METODOLOGIA.....	18
3.1. Caracterização do estudo .....	18
3.1.1. Objetivos .....	18
3.2. Participantes e Amostragem.....	18
3.2.1. Critérios de Inclusão.....	19
3.2.2. Critérios de Exclusão.....	19
3.3. Procedimentos.....	19
3.4. Questões Éticas .....	19
3.5. Instrumentos de Avaliação.....	20
3.5.1. Montreal Cognitive Assessment.....	20
3.5.2. Questionário da Autoeficácia Auditiva para Idosos .....	21
3.5.3. WHOQOL- OLD.....	21
3.5.4. Questionário de Satisfação.....	22
3.6. Programa de Intervenção .....	22

3.7. Análise Estatística .....	23
4. RESULTADOS .....	24
4.1. Caracterização da Amostra .....	24
4.1.1. Caracterização Sociodemográfica .....	24
4.1.2. Caracterização Audiológica .....	25
4.2. Evolução do Funcionamento Cognitivo .....	26
4.3. Evolução da Autoeficácia Auditiva .....	27
4.4. Evolução da Qualidade de Vida.....	28
4.5. Questionário da Satisfação das Sessões.....	29
5. DISCUSSÃO .....	30
6. CONCLUSÃO .....	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
ANEXOS.....	47

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento crescente do envelhecimento da população na nossa sociedade tem contribuído para um maior interesse no desenvolvimento de projetos relativos a esta temática.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), a percentagem de idosos em Portugal aumentou de dezasseis por cento para dezanove por cento. Em consequência direta da estrutura demográfica do país, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) subiu de cento e dois, em 2001, para cento e vinte e oito em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

O Processo de envelhecimento está relacionado com o meio físico e social em que nos inserimos, e é um trajeto de degradação progressiva e diferencial com diversos agentes que o influenciam. Desta forma, o envelhecimento conduz a alterações a nível psicológico nomeadamente no desempenho cognitivo, afetivo e social (Gonçalves, 2012).

Schaie e Willis (1996) concluíram que o processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo e, que as capacidades que se encontram mais afetadas são a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Castro, 2011).

O Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL) é definido como um estado transitório entre o envelhecimento normal e a demência, refletindo uma situação clínica na qual a pessoa apresenta queixas de memória e evidência de alterações cognitivas que resultam na dificuldade para recordar nomes, números de telefone e objetos. Para um indivíduo ser caracterizado com DCL deve apresentar queixas de memória, ter funções cognitivas gerais preservadas e manter as atividades da vida diária (Santos, 2010).

A prevenção do declínio das capacidades cognitivas e funcionais de pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva (PEC), fundamentalmente nos lares e centros de dia, possibilitando um aumento da autoestima e, consequentemente, da qualidade de vida dos idosos (Soares, 2006).

Os PEC têm como base a aplicação de diversos jogos lúdicos, que visam a estimulação de diferentes funções cognitivas, nomeadamente a memória, a atenção, a concentração, a perceção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, a capacidade visuoespacial e a associação de ideias (Castro, 2011).

Devido ao avanço da idade, alguns investigadores têm sugerido que a perda auditiva e o declínio cognitivo ocorrem naturalmente. Ainda dentro desta temática, alguns investigadores, nos seus estudos, verificaram uma forte relação entre a perda auditiva e o estado cognitivo (Cancela, 2007).

Outros estudos demonstraram que a perda auditiva afeta em grande medida o estado funcional, a qualidade de vida, a função cognitiva e o bem-estar emocional, comportamental e social da pessoa idosa. Chisolm e colaboradores (2001) referem que os efeitos do envelhecimento no sistema auditivo periférico e central se manifestam através da diminuição da capacidade cognitiva, da diminuição da percepção e elevação dos limiares, da diminuição quanto à compreensão da fala no ruído e da localização do som (Souza, 2010).

Neste sentido, este projeto tem como objetivos: 1) Identificar no idoso fragilidades a nível cognitivo e audiológico; 2) Sensibilizar os idosos para a importância da audição no dia-a-dia, bem como da saúde auditiva; 3) Melhorar o funcionamento cognitivo; 4) Melhorar a autoeficácia auditiva e assim, 5) Melhorar a qualidade de vida.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. O Processo de Envelhecimento**

Segundo Brito e Litvoc (2004), o envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os indivíduos. Pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado a fatores, psíquicos, biológicos e sociais (Fechine & Trompieri, 2012).

Para Birren e Schroots (1996), o processo de envelhecimento pode ser classificado como: envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário refere-se ao envelhecimento normal, ou seja, é um processo que atinge todos os seres humanos, pois trata-se de uma característica genética típica da espécie humana. O envelhecimento secundário ou patológico diz respeito a doenças que não se confundem com o processo normal de envelhecimento, variando desde lesões cardiovasculares, cerebrais, até alguns tipos de cancro. O envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por perdas físicas e cognitivas profundas, provenientes do acumular dos efeitos do envelhecimento ou de determinadas patologias consequentes da idade (Fechine & Trompieri, 2012).

Para Ortiz, Ballesteros e Carrasco (2006), o envelhecimento caracteriza-se como um processo contínuo, adaptativo e lento. Representa-se numa série de alterações, no qual intercedem fatores biológicos, psicológicos e sociais. É caracterizado também, por uma degradação física e funcional, e por uma diminuição da vitalidade e da capacidade de adaptação do organismo às mudanças (Castro, 2011).

Os fatores psicológicos que afetam o envelhecimento podem ser evidenciados através das alterações do desempenho cognitivo, afetivo e social e da diminuição da motivação dos indivíduos (Aversi-Ferreira, Rodrigues, & Paiva, 2008; Castro, 2011).

## **2.2. O Envelhecimento Cognitivo e a Estimulação Cognitiva**

Durante o processo de envelhecimento é normal ocorrer um ligeiro declínio cognitivo, refletindo-se na afetação da memória de trabalho, nos problemas relacionados com o aumento do esforço para aprender e recordar e nas modificações da eficiência das funções executivas. Estes exemplos sugerem um ligeiro grau de disfunção cerebral frontal/subcortical no envelhecimento normal (Correia, 2009).

Segundo Spar e La Rue (2005) os fatores genéticos, a qualidade da saúde, a escolaridade, a atividade mental (atividades mentalmente estimulantes melhoram o desempenho cognitivo), a personalidade e humor e o meio sociocultural, são os principais fatores que parecem influenciar o envelhecimento cognitivo que os sujeitos manifestam com a idade (Correia, 2009).

Cancela (2007) refere que a prevalência do défice de memória associado à idade está estimado em oitenta e cinco por cento para indivíduos com mais de oitenta anos. Podem existir ainda idosos cujas capacidades cognitivas estejam ligeiramente mais degradadas do que se esperava para a idade, sem se considerarem dementes, tratando-se nestes casos de Declínio Cognitivo Ligeiro. Assim, a aprendizagem e a memorização de novas informações, embora nalgumas situações possam existir problemas de linguagem, de raciocínio ou a nível das capacidades visuoespaciais, são as áreas que se encontram mais afetadas.

Segundo Correia (2009), as mudanças que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, tanto físicas, como sensoriais ou cognitivas, podem trazer consequências psicológicas e sociais aos indivíduos idosos. Assim sendo, o envelhecimento cognitivo é caracterizado por algumas modificações cerebrais, estruturais e funcionais, sabendo-se que o volume encefálico diminui, sendo o córtex frontal a região mais afetada, para além de ocorrer também, uma diminuição do volume do hipocampo (Haug & Eggers, 1991; Raz, 2005; Lopes, 2011).

A nível neuroquímico, ocorre uma desregulação do neurotransmissor dopamina, em diferentes áreas cerebrais, incluindo no córtex frontal. Esta desregulação está relacionada com alterações a nível do funcionamento executivo, e com a diminuição da capacidade de inibir ou suprimir estímulos irrelevantes, deixando o indivíduo sujeito a fenómenos de distração. Tais alterações levam ainda à redução da capacidade de

execução de tarefas que recorram à memória de trabalho (Stach, Sprentnjak, & Jerger, 1990; Volkow et al., 1998; Castel & Craik, 2003; Lopes, 2011).

Relativamente aos aspetos amnésicos, um dos vários tipos de memória que se encontra comprometida é a memória episódica, sendo que a memória semântica permanece preservada. Quanto à memória implícita, esta também se evidencia pouco afetada com a idade. Já a memória de trabalho sofre uma diminuição com o aumento da distração, comprometendo a atenção (Park et al., 2002; Nilsson, 2003; Lopes, 2011).

De modo a promover a saúde mental, podem ser utilizados Programas de Estimulação Cognitiva, com a finalidade de inserir a pessoa idosa em diversas atividades, dado que as queixas mais comuns em avaliações psicológicas referem-se às perdas de memória (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Castro, 2011).

Schaie e Willis (1996) concluíram que o processo de envelhecimento está associado ao Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL), sendo a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo algumas das capacidades mais afetadas (Castro, 2011).

Alguns estudos evidenciaram que fatores como, o nível de escolaridade, a motivação, o estado de saúde, a personalidade e o estilo de vida, podem influenciar no processo de DCL (Castro, 2011).

Para Bäckman, Small e Wahlin (2000), o próprio envelhecimento contribui para um aumento considerável no risco de contrair uma patologia que afete a memória (Castro, 2011).

A Estimulação Cognitiva consiste na realização de atividades que compreendam algum grau de processamento cognitivo, de modo a manter as funções cognitivas estáveis. Normalmente, estas atividades são realizadas em contexto social e em grupo (Clare & Woods, 2004).

De acordo com Zimerman (2000) estimular consiste em “cativar, ativar, animar e encorajar os sujeitos”. Segundo este autor, a melhor forma de obter a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento é através da estimulação, propiciando aos idosos um aumento da sua qualidade de vida. A prevenção do declínio das capacidades cognitivas e funcionais deste tipo de população pode ser alcançada através da implementação de Programas de Estimulação Cognitiva, essencialmente em lares e centros de dia, assegurando um aumento da autoestima e consequentemente da qualidade de vida destas pessoas (Castro 2011).

Os Programas de Estimulação Cognitiva podem ainda contribuir para que existam alterações a nível comportamental. No âmbito desta temática vários são os estudos

que têm sido desenvolvidos (Wilson et al., 2002; Spector et al., 2003; Rodrigues, 2006; Smith et al., 2009; Amodeo, Netto & Fonseca, 2010; Santos, 2010; Castro, 2011).

Os Programas de Estimulação Cognitiva têm como objetivo fundamental a diminuição do Declínio Cognitivo Global, ocasionado por doenças neuro-degenerativas progressivas, como as demências (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha & Neto, 2009).

Um fator cada vez mais preocupante e que tem vindo a ser alvo de investigação é o da relação entre o avanço da idade e a perda de capacidades cognitivas (Castro, 2011; Lopes, 2011).

Para vivenciar uma velhice com melhor qualidade de vida, existem aspetos que são determinantes, destacando-se: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social (Castro, 2011).

### **2.3. A Memória**

À medida que a idade do indivíduo avança, a capacidade cognitiva mais afetada é a memória, especialmente a memória de trabalho e a memória de longo prazo. A perda de memória é geralmente o sintoma inicial característico do processo de envelhecimento, sendo representada por défices na memória de curto e longo prazo. Também os problemas ao nível da linguagem e do funcionamento executivo, as perturbações do comportamento, da personalidade e as perdas na capacidade funcional estão patentes (Castro, 2011).

Segundo Kandel e Pittenger (1999), a memória envolve um conjunto de processos neurobiológicos e neuropsicológicos que possibilitam a aprendizagem. Pode ainda dizer-se que a memória funciona como um processo de “arquivo seletivo” de novas informações (Moreira, 2008).

Segundo outros autores, a memória é especificamente definida como a manutenção e a manipulação da informação por pequenos períodos (na ordem dos segundos). (Buckard & Eggermont, 2007).

William James definiu dois conceitos de memória: a memória primária e a memória secundária. A memória primária refere as situações pertencentes ao "presente psicológico" que após serem compreendidos não deixaram a consciência. A memória secundária relaciona-se com o "passado psicológico" em que os eventos ou situações compreendidas já estariam ausentes da consciência. Estes conceitos passaram a ser denominados por memória de curto prazo (ou memória imediata) e memória de longo prazo, respetivamente (Oliveira & Bueno, 1993).

### 2.3.1. Tipos de Memória

A memória pode ser classificada em três tipos: Memória Sensorial (como a Memória Auditiva), Memória de curto prazo e Memória de longo prazo. Comparativamente ao tempo de armazenamento, a memória pode ser ainda, ultrarrápida (duração de segundos), de curto-prazo (duração de minutos/horas) e de longo-prazo (duração de dias/semanas/anos) (Castro 2005; Moreira, 2008).

A Memória Sensorial corresponde ao conjunto de informações que são captadas pelos órgãos dos sentidos (por exemplo, estímulos visuais, auditivos etc.). Uma vez processadas, essas informações são transferidas para a memória de curto prazo (Albuquerque 2001; Sweatt, 2010; Pinto, 2011).

A Memória de curto prazo envolve a Memória Imediata e a Memória de Trabalho (Pinto, 2011).

A Memória Imediata reflete uma reflexão psíquica de uma determinada vivência, depois de o estímulo externo ser interrompido, ou seja, este tipo de memória depende essencialmente da existência de uma relação psíquica profunda de qualquer experiência, impressão ou sensação. (Stern, 1950).

A Memória de Trabalho ou Memória Operacional, ao contrário da memória sensorial, envolve representações mais abstratas, como a informação léxica ou semântica, estando esta menos associada às características físicas de um estímulo e tendo uma duração mais prolongada (Buckard & Eggermont, 2007).

A Memória de Trabalho envolve um processo ou sistema com uma exígua capacidade para manter conscientes e ativas todas as informações necessárias para realizar uma tarefa ou várias concomitantes. Já Baddeley (1986) definiu este tipo de memória como sendo um sistema que armazena e manipula provisoriamente as informações durante a execução de uma série de tarefas cognitivas, como a compreensão, raciocínio e aprendizagem (Pinto, 2011).

Segundo Watson et al., (2007) a Memória de Trabalho é responsável pela retenção ou armazenamento momentâneo da informação. Qualquer alteração deste tipo de memória pode suscitar problemas relacionados com o processamento da informação e consequentemente afetar a atenção, a leitura e a aprendizagem (Moreira, 2008).

A Memória de longo prazo compreende a Memória Declarativa e a Memória não Declarativa (Baddeley 1999). A Memória Declarativa divide-se em Memória Episódica e Semântica (Pinto, 2011).

A Memória Episódica baseia-se no recordar de acontecimentos procedentes da nossa vida (por exemplo, acontecimentos ocorridos durante as férias, quando nevou etc.). Refere-se ainda às informações com conteúdo espacial e temporal (Baddeley 1999;



Albuquerque, 2001; Moreira, 2008; Pinto, 2011). Já a Memória Semântica, é aquela que dá interpretação ou significado aos conhecimentos que aprendemos, ou seja, é através dela que a pessoa mantém organizada a informação de palavras e outros símbolos mentais (Baddeley 1999; Albuquerque, 2001; Pinto, 2011).

A Memória não Declarativa, Memória Procedimental ou Memória Implícita, compreende as competências cognitivas, perceptivas e motoras que no decurso do tempo e com a prática se convertem em rotinas e hábitos” (andar, nadar, correr, jogar futebol etc.) (Albuquerque, 2001; Pinto, 2011).

## **2.4. A Atenção**

A atenção pode ser percebida como um comportamento psicológico através do qual aplicamos a nossa atividade psíquica sobre um determinado estímulo, seja este um desejo, afeto, percepção ou representação, com termo de organizar os conceitos e o raciocínio. Sendo assim, de um modo geral, a atenção parece ser a criadora da própria consciência humana (Ballone & Moura, 2008).

A atenção pode ainda ser representada como um fenómeno no qual o ser humano processa ativamente uma certa quantidade de informação enviada através dos órgãos dos sentidos, de memórias armazenadas e de outros processos cognitivos. Desta maneira, a atenção faculta a filtragem da informação necessária num dado momento e faz uso eficaz e ponderado dos limitados recursos mentais do ser humano, formando um mecanismo auxiliador das respostas neurais ao concentrar os processos mentais numa determinada tarefa. Assim, aquilo que nós percebemos e ou compreendemos depende sobretudo do modo para onde direcionamos a nossa atenção. Neste processamento o sistema nervoso mantém um contacto seletivo com as informações que chegam através dos órgãos sensoriais, direcionando a atenção para as informações que são realmente importantes, excluindo as informações indispensáveis. Assim, pode dizer-se que a atenção está estritamente relacionada com o processamento preferencial de determinadas informações sensoriais (Capovilla & Dias, 2008; Dias, 2009).

### **2.4.1. Tipos de Atenção**

A atenção pode ser dividida ou classificada de várias formas. Numa primeira fase, ela pode ser dividida em Atenção Voluntária e Atenção Involuntária (Lima, 2005).

A Atenção Voluntária envolve processos de seleção ativa e ordenada do indivíduo ao realizar uma determinada tarefa ou atividade. Ou seja, relaciona-se com os interesses, motivações e expectativas do sujeito (Lima, 2005).

A Atenção Involuntária é desenvolvida através das características dos estímulos. Ocorre imediatamente através dos acontecimentos inesperados do meio ambiente e quando o indivíduo não é o agente de escolha da sua atenção (Lima, 2005).

Há, ainda, outras propostas no que diz respeito à classificação da atenção, tais como a divisão entre Atenção Externa, que diz respeito aos aspetos exteriores ao próprio indivíduo, e em Atenção Interna, que compreende os aspetos mentais do indivíduo.

A atenção pode ser ainda classificada quanto ao tipo de processamento, deste modo, temos a Atenção Seletiva, Sustentada, Alternada e Dividida (Capovilla & Dias, 2008).

A Atenção Seletiva é representada pela capacidade de emitir respostas a um determinado estímulo, desconsiderando os estímulos irrelevantes e mantendo sobre esse estímulo específico uma orientação atencional focal (Crespo, 2005; Capovilla & Dias, 2008).

A Atenção Sustentada ou Vigilância é a capacidade que o sujeito tem de manter o foco de atenção num determinado estímulo por um determinado período de tempo, e de identificar o aparecimento de um sinal ou estímulo-alvo de interesse e que o obrigue a uma reação imediata. Assim sendo, a Atenção Sustentada diz respeito à capacidade que o indivíduo possui de manter a atenção seletiva, por um longo período de tempo, sobre um determinado estímulo (Crespo, 2005; Capovilla & Dias, 2008).

A Atenção Alternada é a capacidade de substituir um estímulo-alvo por outro dentro do meio ambiente, identificando peculiaridades em estímulos mediante as suas modificações. É uma função extremamente complexa, pois depende da memória de trabalho e do controlo inibitório (Capovilla & Dias, 2008).

Por fim, a Atenção Dividida pode ser entendida como a capacidade que o indivíduo tem de dividir a sua atenção em diversos estímulos ao mesmo tempo, ou em duas ou mais tarefas emancipadas, que imponham respostas rápidas, coordenando e realizando tarefas simultâneas, por exemplo, o tratamento simultâneo de diversas informações (Capovilla & Dias, 2008).

.

## **2.5. A Memória Sensorial Auditiva e a Atenção Auditiva**

O processamento da informação auditiva requer que a informação sensorial fique armazenada durante um curto período de tempo, de modo a que seja possível agregá-la com a informação que chega alguns segundos depois (Pinto, 2011).

A Memória Sensorial Auditiva é uma estrutura mental sustentada através de alguns testemunhos experimentais. Os mais importantes são os que resultam de experiências de audição dicótica e dos efeitos de modalidades sensoriais. As experiências relacionadas com a audição dicótica baseiam-se na apresentação simultânea aos dois

ouvidos, de duas listas diferentes de três números (por exemplo, para o ouvido direito: dois, nove, seis e para o ouvido esquerdo: cinco, quatro, um). Deste tipo de experiências, conclui-se, que os indivíduos raramente misturavam os números dos dois ouvidos, o que comprovou que esses mesmos indivíduos eram capazes de armazenar num curto período de tempo, uma lista de três dígitos, ou parte dela, até que a lista escolhida para ser apresentada em primeiro lugar ficasse concluída. Assim sendo, a lista reproduzida ou apresentada em segundo lugar ficaria armazenada num registo muito breve de memória à espera que chegasse a sua vez. A esse registo dá-se o nome de Memória Sensorial Auditiva (Pinto, 2011).

A atenção representa a ativação de uma rede neuronal necessária para uma tarefa cognitiva específica. Esta envolve a percepção seletiva de uma mensagem auditiva (Brayner, 2003).

A Atenção Auditiva é ainda considerada um processo importante para a aquisição de aspetos acústicos e fonéticos. Esta, refere-se à determinação de qual estímulo sonoro será processado e para o qual será dada uma resposta (Feniman, et al., 2007).

Faz parte da Atenção Auditiva a Atenção Sustentada e a Vigilância. A Atenção Sustentada é definida como a capacidade que o ouvinte tem de se concentrar num estímulo específico durante um período de tempo, e a Vigilância refere-se à habilidade de um indivíduo se manter preparado para uma resposta, a um estímulo descontínuo (Feniman, et al., 2007).

## **2.6. A Perda Auditiva e a sua classificação (grau e tipo)**

Dos cinco sentidos do homem (audição, tato, olfato, visão e paladar), a audição tem uma importância determinante, pois é através dela que estabelecemos as nossas relações socioemocionais (Silva, 2009).

Pode entender-se que a perda auditiva é a diminuição da audição em qualquer grau que influencie negativamente a capacidade de aprendizagem ou de compreensão. A mensagem falada, a linguagem, a aprendizagem, o desenvolvimento cognitivo e a inclusão social do indivíduo, podem estar comprometidos, por qualquer tipo de perda auditiva (Silva, 2009).

A perda auditiva pode ser classificada quanto ao tipo (segundo o local que apresenta lesão: ouvido externo, médio, interno e nervo coclear), quanto ao grau e ainda pode ser classificada como unilateral (se afetar só um ouvido) ou bilateral (se afetar os dois ouvidos). Relativamente ao local afetado, tradicionalmente, a perda auditiva pode ser de transmissão ou condução, sensorineural e mista. Na perda auditiva de condução existe uma alteração no mecanismo de transmissão do som. Os limiares auditivos na

via óssea encontram-se dentro da normalidade, mas na via aérea encontram-se alterados (Silva, 2009).

Na perda auditiva sensorineural, o processo de condução do som encontra-se íntegro. Os limiares auditivos são semelhantes, tanto na via óssea como na via aérea, podendo verificar-se uma queda acentuada nas frequências agudas. Neste tipo de perda auditiva, há uma lesão nas células ciliadas do órgão de Corti (ouvido interno) e no nervo cóclear. Na hipoacusia mista, tanto o mecanismo sensorineural como o mecanismo de transmissão do som, se encontram alterados (Silva, 2009).

Quanto ao grau da perda auditiva e segundo a classificação do International Bureau for Audiophonologie (BIAP) 1996, a perda auditiva pode ser classificada como: 1) Ligeira (compreendida entre 21-40 dB); 2) Média (compreendida entre 41-70 dB, sendo que a perda auditiva de grau médio pode ser classificada como perda auditiva de primeiro e segundo grau. Em relação à primeira, esta é compreendida entre 41-55 dB e a segunda é compreendida entre 56-70 dB); 3) Severa (compreendida entre 71-90 dB. Esta perda de audição apresenta dois graus. Quanto ao primeiro grau, ela é compreendida entre 71-80 dB, e quanto ao segundo grau ela é compreendida entre 81-90 dB); 4) Profunda (se compreendida entre 91-119 dB. Esta perda auditiva pode ser dividida em três graus, primeiro, segundo e terceiro. Primeiro grau, se compreendida entre 91-100 dB, segundo grau, se compreendida entre 101-110 dB e terceiro grau, se compreendida entre 111-119 dB) e 5) Cofose (se igual ou superior a cento e vinte décibel). A audição normal, está portanto compreendida entre zero e vinte décibel (BIAP, 1996).

## 2.7. A Perda Auditiva no Idoso

Segundo o *National Institute on Deafness and other Communication Disorders* (NIDCD) (2014), a perda auditiva é uma diminuição súbita ou gradual da forma como nós ouvimos. É uma das situações mais comuns que afetam os adultos mais velhos e idosos. Cerca de uma em cada três pessoas entre os sessenta e cinco e os setenta e quatro anos têm perda auditiva, e quase metade das pessoas com mais de setenta e cinco têm dificuldades de audição (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2014).

O envelhecimento é um processo deteriorativo, global e irreversível. Uma das alterações sensoriais mais incapacitantes que acompanha este processo é a deficiência auditiva, ou a diminuição da função auditiva, conhecida como presbiacúsia. Devido a esta privação sensorial, o idoso tende a diminuir gradualmente o seu contato social o que, por sua vez, em muitos casos, provoca marcadas alterações emocionais (Marques, Kozlowski, & Marques, 2004).

A presbiacusia ocorre de forma gradual e muitas vezes decorre ao longo de vários anos. Comumente, ambos os ouvidos são afetados de igual modo, ou seja, ambos os ouvidos possuem uma perda auditiva sensorineural simétrica, sendo que normalmente são os sons de altas frequências (agudos) os mais afetados. As queixas típicas deste tipo de perda auditiva por parte das pessoas idosas revelam-se em dificuldades de ouvir o telefone tocar ou ouvir o canto dos pássaros e na percepção da fala, especialmente em ambientes com ruído. É de salientar ainda, que a presbiacusia é a causa mais comum de perda auditiva em idosos com idades acima dos sessenta anos (Correia, 2009; Ciorba, Bianchini, & Pastore, 2012; Kenny, 2012).

Corso (1977) caracterizou a presbiacusia como uma perda auditiva bilateral para sons de alta frequência, devido a mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo com o aumento da idade (Marques, Kozlowski, & Marques, 2004).

Bess et al. (2001) apontaram a perda sensorineural encontrada nos idosos como uma consequência frequente do processo de envelhecimento, sendo que a deficiência auditiva nesta população é uma das três condições crônicas mais prevalentes, ficando atrás somente da artrite e da hipertensão. Estes autores relataram também, que o sistema auditivo no envelhecimento geralmente apresenta uma perda na sensibilidade dos sons e uma diminuição na habilidade de compreender a fala (Marques, Kozlowski, & Marques, 2004).

Na maioria dos casos, à medida que as pessoas envelhecem, há tendência para que percam uma pequena parte da sua audição. Deste modo, mais de metade das pessoas com idades superiores a sessenta anos têm algum grau de perda auditiva. Não há, no entanto, um conhecimento exato sobre a causa da presbiacusia. Sabe-se que o ouvido interno (cóclea) contém células nervosas que convertem o som em impulsos nervosos e que posteriormente são enviados para o cérebro, existindo a suspeita de que, na maioria dos casos, a presbiacusia se desenvolva devido a estas células se encontrarem danificadas. Apesar de nesta altura, ainda não serem conhecidos métodos de tratamento possíveis para a perda de audição proveniente do envelhecimento, existem alternativas tecnológicas que passam pelo recurso de próteses auditivas (Liporaci, 2009; Ciorba, Bianchini, & Pastore, 2012; Kenny, 2012).

## **2.8. Relação entre a Perda Auditiva e as capacidades de Memória e Atenção**

As modalidades precetivas mais afetadas decorrentes do processo de envelhecimento são, o equilíbrio, a audição e a visão, visto que acarretam consequências drásticas a nível psicológico e social. Os défices de natureza auditiva e visual, por outro lado,

parecem ser as causas mais importantes quanto ao declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais/cognitivas (Cancela, 2007).

A perda auditiva resultante do envelhecimento é das perdas sensoriais, a que produz um impacto mais profundo e assolador no processo de comunicação do idoso (Miranda, 2012). Desta forma, a diminuição da percepção auditiva afeta o desempenho cognitivo (Lopes, 2011).

De acordo com a ASHA (*American Speech Language Hearing Association*), o Processamento Auditivo Central (PAC) refere-se à eficiência e à eficácia pelo qual o Sistema Nervoso Central utiliza a informação auditiva (ASHA, 2011).

O PAC envolve mecanismos e processos do sistema auditivo que são responsáveis pela lateralização e localização do som, discriminação auditiva, reconhecimento de padrões e aspetos temporais da audição, incluindo, mascaramento, resolução integração e ordenação temporal (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

O Processamento Auditivo Central consiste numa série de processos que ocorrem no tempo e permite que um indivíduo realize uma análise metacognitiva dos efeitos sonoros. Envolve ainda estruturas específicas do sistema nervoso central (vias auditivas e córtex auditivo), e processos como a deteção, sensação, discriminação, localização, reconhecimento e compreensão do som, bem como, a memória e atenção seletiva. Ele é ainda responsável por descrever o que acontece quando o cérebro reconhece e interpreta os sons (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

O ser humano tem a capacidade de ouvir quando a energia sonora passa pela cóclea e é transformada em informação elétrica. Esta informação elétrica é enviada para o cérebro onde é interpretada por este. Deste modo, ocorrem uma série de processos fisiológicos e cognitivos para que o som possa ser decodificado e posteriormente compreendido (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

Assim, pode dizer-se que o Processamento Auditivo Central depende de um conjunto de aptidões específicas, sem as quais não seria possível ao indivíduo compreender o que ouve. Este processo é uma atividade mental, ou seja, uma função cerebral (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

O Processamento Auditivo define o método como é recebida, analisada e organizada a informação recebida através do sistema auditivo (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

A diminuição da velocidade do processamento da informação e da resposta é de todas as alterações cognitivas a mais fácil de prever. A morosidade quanto à execução de elementos percetuais e operações mentais pode comprometer a atenção, a memória e a tomada de decisão, influenciando deste modo o desempenho de tarefas que não têm a velocidade como requisito óbvio (Cancela, 2007)

Além da perda auditiva, o envelhecimento vem muitas vezes acompanhado por uma redução a nível da eficiência cognitiva no que se refere à velocidade do processamento de informação e dos processos de atenção e memória de trabalho, dado que ocorre uma desaceleração no domínio perceptivo e cognitivo (Miranda, 2012). Existe uma forte relação entre a idade, o declínio ao nível da memória de trabalho e a diminuição nas operações cognitivas e perceptivas, podendo estes fenómenos acentuarem-se com a presença de perda auditiva (Stewart & Wingfield, 2009; Miranda, 2012).

Apesar de poder ocorrer em todos os ouvintes, o impacto das limitações cognitivas na capacidade de processar sons sequenciais com rapidez, pode ser mais elevado em adultos idosos com ou sem perda auditiva (Magalhães & Lório, 2011; Miranda, 2012).

Através de um estudo realizado, concluiu-se que a perda auditiva (moderada a severa) influenciava o desempenho cognitivo dos indivíduos (Kopper, Teixeira, & Dorneles, 2009; Miranda, 2012).

As pessoas idosas que possuem perda auditiva sensorineural, além de fazerem um esforço para compreender a fala em ambientes de escuta desfavoráveis, têm que recorrer a recursos cognitivos para processarem e interpretar a informação. Quando o mecanismo sensorial está comprometido, o indivíduo precisa de mais pistas e de um maior reforço cognitivo para adquirir um melhor desempenho no processo de comunicação (Diniz, Volpe, & Tavares, 2007; Schum & Douglas, 2008; Magalhães & Lório, 2011; Miranda, 2012).

Segundo Fontaine (2001), a perda progressiva da audição resultante da idade, tem várias dimensões perceptuais, contribuindo para uma crescente dificuldade ao nível da comunicação oral, tendo ainda, implicações no isolamento social e na saúde mental do idoso. A diminuição da acuidade visual e auditiva, associada ao envelhecimento, tem como consequência uma espécie de privação sensorial que limita as estimulações ambientais, necessárias às atividades cognitivas (Correia, 2009).

## **2.9. A Autoeficácia**

Albert Bandura (1977) definiu o conceito de autoeficácia como a confiança que o indivíduo tem para realizar uma determinada tarefa ou como a autoconfiança que o indivíduo possui para lidar com determinadas situações (Viana, 2008).

Souza e Souza (2004) descrevem autoeficácia como uma convicção otimista que permite ao indivíduo executar determinadas tarefas, novas ou difíceis, e lutar contra as adversidades ocorridas em várias situações. A autoeficácia facilita o alcance de



objetivos, o investimento de esforço e a persistência frente a dificuldades diárias (Oliveira, 2011).

Segundo Smith et al, (2006) e Smith et al, (2011) o conceito de autoeficácia tem sido implementado em modelos que tentam explicar mudanças de comportamentos, implicando os que estão relacionados com a gestão de condições crônicas de saúde e promover a saúde e estilos de vida saudáveis.

Para que o funcionamento psicossocial seja conseguido com qualidade, a autoeficácia possui um papel fundamental (Smith et al., 2006).

Indivíduos que possuam uma elevada autoeficácia acham-se capazes de lidar com diferentes acontecimentos diários e demoram menos tempo, mediante as suas experiências adversas a realizar uma determinada tarefa, pois sentem que têm capacidade para a realizar, demonstrando uma maior motivação ao realizar essa mesma tarefa. Deste modo, quando maior a autoeficácia mais ativos são os esforços. Contrariamente, pessoas com baixos níveis de autoeficácia, evidenciam maiores dificuldades em lidar com determinadas situações, apresentando uma maior propensão para desistir dessas situações, pois enfatizam as suas dificuldades pessoais que geram situações de stress e de mau desempenho na realização de tarefas (Viana, 2008).

O conceito de autoeficácia pode ser aplicado em várias áreas de investigação, sendo que Wallston (1992) o inseriu fortemente no contexto da Saúde e da Psicologia (Salveti, Pimenta, Lage, Junior, & Rocha, 2005; Rodrigues & Costa, 2013).

As intervenções em saúde que associem o conceito de autoeficácia apresentam melhores resultados comparativamente com os que não a consideram (Smith et al., 2006; Smith et al., 2011).

Existem muitas situações ou condições de saúde, em que os indivíduos carecem aprender novas capacidades ou aptidões para se autocuidarem, favorecendo o seu bem-estar (Smith et al., 2006; Gregory, 2011; Smith et al., 2011).

A aplicação da autoeficácia em intervenções de saúde comprovou melhores resultados de tratamento ao nível de várias situações clínicas, como por exemplo: perda de visão, cancro, obesidade, droga, artrite, entre outras (Souza, Silva, & Galvão, 2002; Smith et al., 2006; Smith et al., 2011).

Em Audiologia não são frequentes evidências quanto à autoeficácia, todavia tem sido aplicada no uso de proteção auditiva, bem como a nível das perturbações do equilíbrio e prevenção de quedas (Smith et al., 2006; Smith et al., 2011).



A autoeficácia exerce um papel essencial no uso consistente de equipamentos de proteção auditiva e tem sido associada a programas de intervenção relacionados com a proteção auditiva (Smith et al., 2006; Smith et al., 2011).

De acordo com Smith et al., (2006) a autoeficácia pode ser um factor do uso bem-sucedido dos aparelhos auditivos, no entanto a sua aplicabilidade na área de reabilitação auditiva não tem sido explorada de forma consistente.

## **2.10. Qualidade de Vida no Idoso**

Com o aumento da esperança média de vida, a Qualidade de Vida passou a ser uma das metas mais desafiantes da saúde pública (Silva, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1994) e Fleck et al. (2000) e considerando a versão portuguesa do instrumento de avaliação WHOQOL-Brief, a base da qualidade de vida assenta ao nível de vários domínios, sendo eles, físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Silva, 2011).

Para a Direção Geral de Saúde (2003) a noção de Qualidade de Vida é referente à percepção por parte dos indivíduos de que as suas necessidades são satisfeitas, sendo que não lhes são recusadas oportunidades para alcançarem a felicidade absoluta e a sua realização pessoal quanto à procura de uma qualidade de vida acima da mera sobrevivência (Silva, 2011).

Segundo Minayo et al. (2000) a qualidade de vida entende-se, como parte de um bem individual e coletivo, sendo a saúde uma condição biológica e social determinada quer por fatores objetivos (relacionados com as necessidades de subsistência), quer por fatores subjetivos (relacionados com as necessidades sociais e psicológicas) (Silva, 2011).

De acordo com Pimentel (2006), a qualidade de vida pode ser representada por um modelo constituído por três níveis. No topo encontra-se a qualidade de vida ótima. As dimensões físicas, psicológicas, espirituais e sociais, pertencem ao nível intermédio, e no nível inferior, encontram-se as componentes de cada dimensão (por exemplo, dor, incapacidade funcional, vômitos etc.) (Silva, 2011).

Na velhice, a qualidade de vida é determinada por múltiplos fatores, que nem sempre, são fáceis de serem avaliados cientificamente. No que diz respeito aos fatores objetivos, podem referir-se as condições de saúde, as relações sociais, o grau de escolaridade, a ocupação dos tempos livres e a capacidade económica. Já os fatores subjetivos relacionam-se com o bem-estar psicológico, com as experiências pessoais, com os estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, com as reações afetivas e com os constructos psicológicos como, a felicidade, a saúde

mental, a sensação de controlo, a competência social, o stresse e a saúde (Diogo, 2003; Correira, 2009).

Os indicadores subjetivos, como a satisfação, a autoeficácia e a felicidade, definem com maior exatidão a experiência e as condições de vida dos indivíduos, sendo que a satisfação e a felicidade são os mais frequentemente usados na avaliação da qualidade de vida (Diogo, 2003; Correira, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (1998), a qualidade de vida traduz a percepção do indivíduo relativamente à sua posição na vida, em âmbito cultural e de um sistema de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, padrões, preocupações e expectativas. Deste modo pode definir-se uma boa qualidade de vida como sendo aquela que manifesta um mínimo de condições para que as potencialidades do indivíduo possam ser desenvolvidas ao máximo (Correira, 2009; Ferreira 2009; Serbim & Figueiredo, 2011; Silva, 2011).

O próprio conceito de qualidade de vida, embora varie de autor para autor, está portanto relacionado com a autoestima e com o bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que vive. A qualidade de vida pode ainda ser abordada como a qualidade geral de vida ou de saúde do indivíduo, e inclui a sensação de bem-estar e felicidade. Envolve ainda aspetos físicos, mentais e sociais (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005; Lima, et al., 2009).

Para avaliar a qualidade de vida dos idosos, o WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life*) desenvolveu uma escala característica. O WHOQOL-OLD (instrumento da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde para idosos) é um instrumento próprio e complementar que possui informações essenciais sobre a qualidade de vida nessa população (Serbim & Figueiredo, 2011).

### **2.11. Programas de Intervenção**

Ball et al., (2002) estudaram três intervenções de um treino cognitivo em dois mil oitocentos e trinta e dois idosos. Os idosos foram divididos em quatro grupos (grupo de treino de memória; grupo de treino de resolução de problemas; grupo de treino de velocidade de processamento e grupo de controlo). As suas conclusões evidenciaram a durabilidade e a efetividade de todos os treinos cognitivos, e deste modo verificaram uma melhoria nas capacidades cognitivas.

Cavallini, Pagnin, e Vecchi, (2003) investigaram na amostra de sessenta indivíduos idosos os benefícios do treino cognitivo. Os resultados do seu estudo demonstraram a eficácia do treino. Através de uma bateria de atividades cognitivas, verificou-se que houve melhorias.

Willis et al., (2006) realizaram dez sessões de treino cognitivo em idosos. Verificaram melhorias ao nível das capacidades, de decisão, de enfrentar problemas, de memória e de velocidade do processamento mental, demonstrando o quanto é importante, o idoso realizar novas aprendizagens e experiências.

Num outro estudo, foram analisados os efeitos de três programas de memória em idosos aposentados. As intervenções consistiam: (1) curso em grupo baseado na memória; (2) programas individualizados, onde utilizavam cassetes de música comercialmente disponíveis; e (3) treino da memória usando computadores individualizados. Os principais resultados deste estudo demonstraram ganhos significativos no desempenho da memória, após nove semanas. Os autores concluíram que a atividade de estimulação mnemónica, mais do que qualquer outro processo foi a responsável pela melhoria (Rasmusson, Rebok, Bylsma, & Brandt, 1999).

Os resultados de um outro estudo sugerem que o treino da atenção pode alterar a atividade cerebral de pessoas idosas, fazendo com que elas possam interromper estímulos de distração e dessa forma, aumentar a concentração. Os investigadores utilizaram jogos, entre outras formas de estimulação, realizadas em grupo ou individualmente, e concluíram que os dados comportamentais e também os obtidos através de ressonância magnética confirmaram a hipótese de que o treino da atenção é uma forma de melhorar o processamento sensorial dos idosos, que geralmente é mais suscetível a estímulos de distração (Laurienti et al., 2007).

O estudo de Okumiya e seus colaboradores (2005), pretendeu verificar o efeito de um programa na função cognitiva e na qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo, associado à idade e/ou sintomas depressivos. A amostra do seu estudo era constituída por trinta e seis indivíduos e o programa envolvia atividades tais como, artesanato, desenhar, tirar fotografias, escrever poesia, cozinhar, jogar jogos, jardinagem, fazer caminhadas, brincar com crianças, entre outras. O programa teve uma duração de quatro meses (três horas por aula, uma vez por semana). Os resultados evidenciaram melhorias relativamente aos sintomas depressivos e à qualidade de vida dos indivíduos. Nos idosos que sofriam de sintomas depressivos, o programa foi eficaz na melhoria de sintomas depressivos, mas também na função cognitiva.

Diversos estudos têm demonstrado uma melhoria significativa quanto ao funcionamento cognitivo, à qualidade de vida e às habilidades funcionais em idosos com demência, após intervenção cognitiva (Farina et al., 2002; Loewenstein, Acevedo, Czaja & Duara, 2004; Orell, Spector, Thorgrimsen & Woods, 2005; Spector, Orell & Woods, 2010; Thiel et al., 2011).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Caraterização do estudo**

Para este estudo desenhou-se uma metodologia do tipo pré-experimental, uma vez que existiu a recolha de um pré-teste, seguido de uma intervenção, e posteriormente a essa intervenção existiu ainda a recolha de um pós-teste.

Trata-se assim de um estudo pré-experimental, pois possui dois momentos de avaliação (antes e depois da implementação do programa) (Precioso et al., 2010).

Este estudo consistiu na implementação de um programa de intervenção de estimulação cognitiva com catorze sessões (total de nove semanas), no Centro Sócio Cultural e Polivalente de S. Martinho do Bispo, Coimbra. A recolha dos dados foi realizada durante os meses de março e abril de 2014.

##### **3.1.1. Objetivos**

Os objetivos do estudo foram: 1) Identificar no idoso fragilidades a nível cognitivo e audiológico; 2) Sensibilizar os idosos para a importância da audição no dia-a-dia, bem como da saúde auditiva; 3) Melhorar o funcionamento cognitivo; 4) Melhorar a autoeficácia auditiva e 5) Melhorar a qualidade de vida.

#### **3.2. Participantes e Amostragem**

Os participantes eram constituídos por onze idosos de ambos os sexos, inscritos no Centro Sócio Cultural e Polivalente de S. Martinho do Bispo, Coimbra. A amostragem é do tipo não-aleatória, uma vez que para a formação da mesma existiu um procedimento de seleção (critérios de inclusão e exclusão) dos elementos da população que permitiu a escolha dos indivíduos a incluir na amostra segundo determinado critério mais ou menos subjetivo. Neste tipo de amostra não se conhece a probabilidade de determinado elemento ser selecionado (Fulgencio, 2007).

### **3.2.1. Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão neste estudo foram: Idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, de ambos os sexos. Que concordassem e tivessem disponibilidade para participar nas sessões durante a semana. Idosos capazes de participar em atividades de grupo durante pelo menos quarenta minutos, independentes de forma parcial ou total nas suas atividades da vida diária. Saberem ler e escrever e com relativa mobilidade, de forma a poderem deslocar-se para realizarem os exames auditivos.

### **3.2.2. Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão neste estudo foram: Idosos com menos de sessenta e cinco anos de idade, terem contra indicação para a prática das atividades impostas e não saberem ler nem escrever.

## **3.3. Procedimentos**

Numa primeira fase, os idosos bem como, o responsável pelo centro (diretora), foram previamente informados sobre os objetivos deste estudo, sobre todas as atividades e exames a serem realizados, da ausência dos riscos para a saúde e da confidencialidade dos resultados adquiridos por cada idoso.

Foram asseguradas todas as questões éticas. Estas estão descritas no ponto 3.4.

Após os procedimentos formais iniciou-se o programa propriamente dito, constituído por três etapas: 1) Pré-teste; 2) Programa de Intervenção; 3) Pós-teste (Anexo 1).

No Pré-teste e no Pós-teste, passaram-se um conjunto de instrumentos (descritos no ponto 3.5.), com o objetivo de avaliarem as alterações do funcionamento cognitivo, da autoeficácia auditiva e da qualidade de vida, do primeiro para o segundo momento de avaliação.

O programa de intervenção foi constituído por atividades que visaram: 1) Sensibilizar os idosos para a importância da audição no dia-a-dia, bem como da saúde auditiva; 2) Estimulação cognitiva; 3) Integração Social e 4) Avaliação Auditiva.

## **3.4. Questões Éticas**

Foi solicitada a autorização para a realização do estudo, bem como dos direitos de imagem à direção do Centro Sócio Cultural e Polivalente de S. Martinho do Bispo, Coimbra, que prontamente a autorizou (Anexo 2 e 3).

Foi solicitado também o Termo de Consentimento Livre e Informado a todos os participantes neste estudo, para que estes percebessem as implicações da sua participação e dessem o seu consentimento explícito (Anexo 4).

Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato da informação recolhida, durante todo o processo da implementação do programa de intervenção.

Foi ainda solicitada a autorização para o uso dos instrumentos de avaliação (MoCA e WHOQOL-OLD) (Anexo 5 e 6).

### 3.5. Instrumentos de Avaliação

#### 3.5.1. Montreal Cognitive Assessment

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) foi criado por Nasreddine (2011), como um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento permite avaliar diferentes domínios cognitivos: função executiva; capacidade visuoespacial; memória; atenção; concentração e memória de trabalho; linguagem e orientação temporal e espacial. O tempo de execução é de aproximadamente dez a quinze minutos e a pontuação máxima é de trinta pontos.

Foram feitos sucessivos aperfeiçoamentos à sua estrutura (redução do número de domínios, ajustes de pontuações, entre outros), sendo que o processo de construção do teste se prolongou ao longo de cinco anos. Deste modo, a versão final do MoCA apresenta-se como sendo um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de idosos com envelhecimento cognitivo normal e idosos com défice cognitivo. Este instrumento é constituído por uma única página e por um manual de instruções, onde estas aparecem explicadas. O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) avalia oito domínios cognitivos, como já foi referido anteriormente, abrangendo diversas tarefas em cada domínio. Este tipo de instrumento comparativamente com outros instrumentos de avaliação da disfunção cognitiva ligeira (como é o caso do *Mini-Mental State Examination*) é mais complexo, uma vez que apresenta itens com maior complexidade, sendo um instrumento que avalia mais funções cognitivas (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010).

Embora algumas pesquisas tenham sugerido a necessidade de considerar pontos de corte próprios para amostras clínicas portuguesas distintos do estudo original de Nasreddine e colaboradores (2005), especificamente pontos de corte inferior a dezassete (para a Doença de Alzheimer, Demência Fronto-Temporal e Demência Vascular) e inferior a vinte e dois (para o Declínio Cognitivo Ligeiro), verificou-se no

seu estudo original que o ponto de corte para o MoCA é de vinte e seis (Nasreddine et al., 2005; Simões, 2012).

Quanto às suas características psicométricas, o MoCA demonstrou ter fiabilidade no teste-reteste e uma boa consistência interna, e a correlação entre o MoCA e o o *Mini-Mental State Examination* foi elevada (Nasreddine et al., 2005).

Utilizámos a versão experimental portuguesa de Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar & Mónica Martins, (2007) (Anexo 7). O MoCA foi realizado aos idosos pela Psicóloga da Instituição.

### 3.5.2. Questionário da Autoeficácia Auditiva para Idosos

O Questionário da Autoeficácia auditiva (LSEQ) foi desenvolvido por Smith et al. (2011) e adaptado para o português por Oliveira, Amaral e Serrano (2013).

O P-LSEQ é composto por dezoito questões e três subescalas, relacionadas com as capacidades para ouvir nas seguintes situações: Escuta Direta (composta pelos itens três a dez, onde eram simuladas situações em que o ouvinte focava a sua atenção numa única voz); Escuta Complexa (composta pelos itens onze a dezoito, onde eram simuladas situações em que a fala era apresentada em ambientes difíceis, tal como ruído ou à distância) e Diálogo em Silêncio (composta pelos itens um e dois, onde era simulada a conversação de um para um, em ambiente silencioso). O estudo de Oliveira (2013), sobre a validação deste instrumento para a comunidade portuguesa definiu como ponte de corte, sessenta, e perante este valor foi definido que, valores entre os zero e os cinquenta e nove, os indivíduos são classificados como “não eficazes” e para valores acima dos sessenta, os indivíduos são classificados como “eficazes. Com o mesmo estudo pode-se concluir que este instrumento apresenta boas características psicométricas, tais como, níveis de consistência interna muito bons, elevada estabilidade temporal e elevadas correlações (Oliveira, 2013). Utilizámos a versão portuguesa de Oliveira, Amaral & Serrano, 2013 (Anexo 8).

### 3.5.3. WHOQOL- OLD

Este instrumento nasceu a partir de estudos das escalas genéricas (WHOQL-100 e WHOQOL-Brief) na avaliação da qualidade de vida de idosos. O grupo WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life Group*) observou a necessidade da criação de novos domínios com conteúdos mais específicos para esse grupo etário e desse modo surgiu o WHOQOL-OLD. Este instrumento tem como principal objetivo desenvolver e testar um módulo específico de avaliação da Qualidade de Vida em idosos. Este instrumento é composto por vinte e quatro itens com resposta numa



escala tipo *Likert* de um a cinco, divididos em sete subescalas (Funcionamento sensorial; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e Morrer; Intimidade e Família/Vida familiar). Cada subescala é dividida por 4 itens com pontuações que variam de quatro a vinte pontos. A pontuação total deste questionário resulta da soma de todos os seus itens, originando assim o índice de Qualidade de Vida Geral, que pode variar entre vinte e cento e vinte pontos (Leão, 2012). Uma vez que não existem pontes de corte que determinem a pontuação para se avaliar a Qualidade de Vida como boa ou má, estipula-se que quanto maiores as pontuações, melhor a Qualidade de Vida (QV). Trata-se de um instrumento útil e com bom desempenho psicométrico (confiabilidade e validade) na investigação da QV em idosos (Murakami & Scattolin, 2010). Utilizámos a versão experimental portuguesa de Maria Cristina Canavarro & Mário Rodrigues Simões (2010) (Anexo 9).

#### 3.5.4. Questionário de Satisfação

Foi elaborado um questionário de satisfação (Anexo 10), que foi entregue após cada uma das sessões. Este questionário tinha um total de 11 questões sobre as atividades e pretendia avaliar em “discordo”, “nem discordo nem concordo” e em “concordo” o *feedback* de cada participante relativamente a cada uma das sessões realizadas.

#### 3.6. Programa de Intervenção

O programa foi composto por catorze sessões com uma frequência de duas vezes por semana, e uma duração de quarenta minutos cada sessão (uma vez que a literatura não é congruente face à duração das sessões de um programa de intervenção em estimulação cognitiva, foi definido um tempo de duração média das sessões que se considerasse necessário para a realização de cada uma das atividades propostas). Estas catorze sessões encontram-se detalhadamente escritas no Anexo 11.

Cada sessão foi organizada em três partes. Apresentação (cinco minutos): destinada à apresentação individual de cada participante, bem como da orientadora do projeto e à receção de boas vindas na participação nas atividades. Atividade Principal (vinte e cinco ou trinta minutos): consistia em atividades que envolviam dinâmicas de grupo, atividades de estimulação cognitiva e atividades de atenção e memória auditiva, e na explicação detalhada das mesmas. Encerramento (cinco ou dez minutos): resumia-se a obtenção do *feedback* sobre cada atividade realizada, relembra-se qual o tema de cada sessão seguinte e o dia da realização da mesma e agradecia-se aos participantes a colaboração nas atividades.



As sessões foram divididas por fases. Numa primeira fase foi realizada uma apresentação em PowerPoint (Anexo 12) sobre a importância da audição e da saúde auditiva. Esta sessão tinha como objetivo principal, sensibilizar os participantes para a importância da audição, bem como da saúde auditiva, e também teve como propósito o esclarecimento de dúvidas sobre o tema em questão.

A segunda fase do projeto centrou-se na realização de atividades de estimulação cognitiva, atenção e memória auditiva e foram ainda realizadas algumas dinâmicas de grupo com o intuito de facilitar a integração grupal. As sessões de estimulação cognitiva consistiram na execução de várias atividades de raciocínio e concentração. As sessões de atenção e memória auditiva consistiam na realização de atividades envolvendo a identificação de sons verbais e não-verbais (Anexo 13). Os principais objetivos destas sessões foram a estimulação da atenção e da memória. As dinâmicas de grupo foram direcionadas para facilitar a experiência de abertura ao outro e à participação grupal.

No final de cada sessão cada participante tinha que responder a um questionário de satisfação sobre as atividades realizadas em cada uma das sessões. Este questionário tinha como finalidade obter o *feedback* por parte dos idosos relativamente às atividades realizadas.

A investigadora dinamizou todas as sessões. No que diz respeito às sessões de dinâmicas de grupo, teve a orientação da profissional do centro de dia, da área de animação. Relativamente às sessões de estimulação cognitiva, teve a orientação e supervisão da Psicóloga da instituição.

A terceira fase foi referente à avaliação audiológica. Antes da avaliação audiológica, os participantes responderam a um pequeno questionário – anamnese (Anexo 14), que teve como objetivo ser um ponto inicial na avaliação dos participantes.

A avaliação audiológica (Anexo 15) baseou-se na realização de um audiograma tonal simples, através de um audiómetro da marca *Madsen*, auscultadores modelo TDH-39 em cabine acústica. Através de um audiograma pretendeu-se pesquisar o limiar auditivo nas frequências de 500, 1000, 2000, 4000, 6000 e 8000 Hz. A classificação da perda de audição foi calculada segundo a recomendação do International Bureau for Audiophonologie (BIAP) (1996).

### **3.7. Análise Estatística**

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico SPSS, versão 19.0. Foi efetuada a análise descritiva dos dados, através de tabelas e gráficos, relativas aos momentos de avaliação, e analisou-se a significância estatística através do teste

paramétrico *t-student* para amostras emparelhadas, quando a normalidade das variáveis foi verificada, e o teste não paramétrico de *Wilcoxon* quando a normalidade não foi verificada. Utilizamos um nível de significância de 0,05.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização da Amostra

#### 4.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra foi constituída por 11 idosos com uma média de idades de 79 para o sexo masculino e de 78 para o sexo feminino. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (N=7), conforme descreve detalhadamente a Tabela 1.

Shepard (2003) classifica os indivíduos idosos, em categorias funcionais, sendo elas: 1) Meia-idade (situada entre os 40 a 65 anos); 2) Velhice (65 a 75 anos); 3) Velhice avançada (75 a 85 anos) e 4) Velhice muito avançada (> 85 anos) (Fechine & Trompieri, 2012).

Relativamente à idade é ainda importante referir que: 1) Cinco dos idosos encontravam-se entre os 65-75 anos de idade (categoria “velhice”); 2) Dois dos idosos encontravam-se entre os 75-85 anos de idade (categoria “velhice avançada”) e 3) Quatro dos idosos encontravam-se com idades acima dos 85 anos (categoria “idade muito avançada”).

Através da análise da Tabela 2 verifica-se que a maioria dos sujeitos são viúvos (N=6), sendo 3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, e a maioria possui habilitações literárias do 1º ciclo (N=8), sendo que 2 são do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

**Tabela 1 – Distribuição da Variável Idade**

		Idade				
		N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sexo	Masculino	4	79.00	12.03	65	90
	Feminino	7	77.71	10.34	65	91

**Tabela 2- Distribuição das variáveis Estado Civil e Habilitações Literárias**

		Estado Civil			Habilitações Literárias		
		Casado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	1ºciclo	2ºciclo	3ºciclo
Sexo	Masculino	1	0	3	2	0	2
	Feminino	2	2	3	6	1	0

#### 4.1.2. Caracterização Audiológica

Nas Tabelas 3 e 4 observamos a média dos limiares auditivos obtidos em cada frequência no ouvido direito (O.D.) e no ouvido esquerdo (O.E.) por via aérea. Podemos afirmar que os limiares são simétricos e que a perda de audição, segundo a classificação de BIAP é ligeira (média de 500 1000 2000 e 4000 Hz compreendida entre 21 e 40 dB). Os limiares por via óssea foram também testados e verificou-se que estes eram idênticos nunca havendo uma diferença superior a 10 dB, pelo que o tipo de perda auditiva é sensorineural. De notar ainda, o aumento do limiar auditivo nas frequências agudas, fundamentais para a percepção da fala e típico do envelhecimento do órgão da audição.

**Tabela 3 – Média do Limiar Auditivo para cada frequência no Ouvido Direito (O.D.)**

	O.D. 500Hz	O.D. 1000Hz	O.D. 2000Hz	O.D. 4000Hz	O.D. 6000Hz	O.D. 8000Hz
N	11	11	11	11	11	11
Média	25.45	28.18	31.82	43.64	55.00	63.18
Desvio Padrão	12.93	15.05	21.60	17.04	19.24	21.25
Mínimo	10	10	5	20	25	30
Máximo	45	55	60	70	80	85

**Tabela 4 – Média do Limiar Auditivo para cada frequência no Ouvido Esquerdo (O.E.)**

	O.E. 500Hz	O.E. 1000Hz	O.E. 2000Hz	O.E. 4000Hz	O.E. 6000Hz	O.E. 8000Hz
N	11	11	11	11	11	11
Média	23.18	25.91	35.45	45.91	62.73	67.73
Desvio Padrão	12.30	14.11	17.39	19.21	25.14	24.33
Mínimo	10	10	10	15	30	25
Máximo	50	50	55	75	105	105

Para complementar a avaliação audiológica e antes da realização do exame foi feita uma anamnese a cada idoso.

Relativamente às questões (8 questões) que compõem a anamnese, serão apresentados os principais resultados:

Na pergunta “*Acha que ouve bem? Sim ou Não? Se não, de que ouvido? O.D.; O.E. ou de ambos os ouvidos*”, 8 idosos responderam que ouviam bem e 3 responderam que não ouviam bem, sendo que destes 3, 2 pessoas apresentavam perda auditiva ligeira de ambos os ouvidos e uma pessoa do O.E.

Na pergunta “*Tem acufenos/zumbidos nos ouvidos? Sim ou Não? Se sim, em qual dos ouvidos? O.D; O.E ou ambos?*”, 10 responderam que não tinham acufenos e um disse que apresentava acufenos no ouvido esquerdo.

Na pergunta “*Tem tonturas/vertigens? Sim ou Não?*”, 7 responderam que não e 4 que sim.

Na pergunta *“Acha que tem boa memória? Sim ou Não?”*, 7 responderam que não e 4 responderam que sim.

Na pergunta *“Consegue perceber bem tudo o que a sua família lhe diz ao conversarem consigo? Sim, Não ou às vezes?”*, 7 responderam que sim e 4 responderam às vezes.

Na pergunta *“Consegue ouvir o telefone a tocar? Sim ou Não?”*, todos responderam que sim.

Na pergunta *“E ao telefone, consegue perceber o que as pessoas lhe dizem? Sim ou Não?”*, todos responderam que sim.

Na pergunta *“E a televisão, consegue perceber bem o que é falado na televisão? Sim ou Não?”*, 10 responderam que sim e um respondeu que não.

#### 4.2. Evolução do Funcionamento Cognitivo

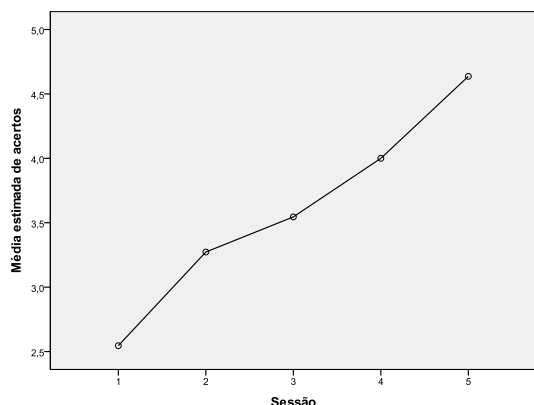
Através da Tabela 5 pode-se verificar que no funcionamento cognitivo (MoCA) houve melhorias, quando comparados os valores das médias do pré e do pós-teste, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p=0,002$ ).

É de salientar ainda que a média apresentada (17,36) no pré-teste nos indica que os indivíduos apresentavam um estado muito próximo do demencial. Após a intervenção, verifica-se que o resultado da média (22,45) melhorou para o limite inferior da normalidade.

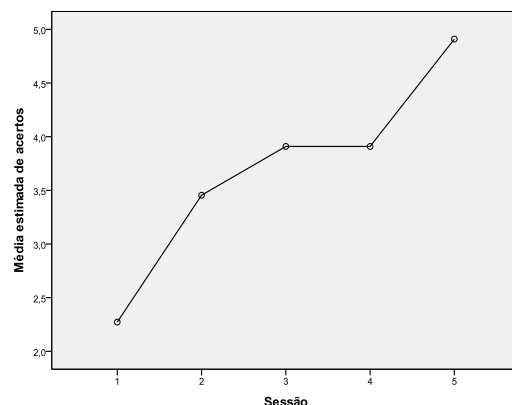
**Tabela 5 – Média total do Montreal Cognitive Assessment comparando o pré e o pós-teste**

	Total MoCA (pré-teste)	Total MoCA (pós-teste)
N	11	11
Média	17,36	22,45
Desvio Padrão	5,39	6,82
Mínimo	9	10
Máximo	27	31

O gráfico um revela o número de acertos para cada sessão em relação aos 5 estímulos (sons de 5 animais diferentes) apresentados. Como podemos verificar ocorreu uma melhoria da 1ª sessão para a 5ª sessão. Relativamente ao gráfico 2, este, revela, igualmente, o número de acertos para cada sessão, em relação aos 5 estímulos apresentados, mas desta vez usando palavras. Observa-se, igualmente, uma melhoria da 1ª para a 5ª sessão. A Tabela 6 indica a média de acertos para cada uma das sessões, verificando-se uma melhoria ao longo das sessões.



**Gráfico 1 – Média de acertos ao longo de cada sessão, com 5 estímulos não-verbais (sons)**



**Gráfico 2 – Média de acertos ao longo de cada sessão, com 5 estímulos verbais (palavras)**

**Tabela 6 – Média de acertos para cada sessão em relação aos 5 estímulos apresentados**

	1ªSessão (Animais)	2ªSessão (Animais)	3ªSessão (Animais)	4ªSessão (Animais)	5ªSessão (Animais)	1ªSessão (Palavras)	2ªSessão (Palavras)	3ªSessão (Palavras)	4ªSessão (Palavras)	5ªSessão (Palavras)
N	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	2,55	3,27	3,55	4,00	4,64	2,27	3,45	3,91	3,91	4,91

### 4.3. Evolução da Autoeficácia Auditiva

Na Tabela 7 verifica-se que houve um aumento da eficácia auditiva em todas as dimensões da P-LSEQ, entre o pré e após o programa de intervenção. Verificando-se diferenças estatisticamente significativas na escuta complexa ( $p=0,034$ ) e no total da escala (P-LSEQ) ( $p=0,006$ ). Nas outras dimensões da escala não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 7 – Média das variáveis do Questionário da Autoeficácia Auditiva em idosos, comparando o pré e o pós-teste**

	Diálogo em Silêncio (pré-teste)	Diálogo em Silêncio (pós-teste)	Escuta Direta (pré-teste)	Escuta Direta (pós-teste)	Escuta Complexa (pré-teste)	Escuta Complexa (pós-teste)	P- LSEQ (pré-teste)	P-LSEQ (pós-teste)
N	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	85,91	88,18	89,09	90,73	34,34	39,48	60,91	63,77
Desvio Padrão	8,89	7,83	6,95	5,95	16,56	15,14	10,94	10,14
Máximo	100	100	98	100	66	63	81	81
Mínimo	70,00	75,00	80,00	82,00	10,00	15,71	42,86	48,57

#### 4.4. Evolução da Qualidade de Vida

Relativamente às questões que compõem a escala de qualidade de vida “WHOQOL-OLD”, formada por 24 itens, serão apresentados os principais resultados (pré e pós) para os sete domínios da referida escala: Funcionalidade Sensorial (refere-se ao funcionamento sensorial e ao impacto da perda das capacidades sensoriais); Autonomia (refere-se à independência, demonstrando até que ponto a pessoa idosa é capaz de viver de forma emancipada e tomar as suas próprias decisões); Atividades Passadas, Presentes e Futuras (refere-se à satisfação sobre as conquistas ao longo da vida e coisas que deseja); Participação Social (refere-se à participação em atividades diárias); Morte e Morrer (refere-se às inquietações sobre a morte e o morrer); Intimidade (refere-se às relações íntimas e/ou pessoais) e Família (refere-se às relações familiares) (Faller & Marcon, 2010).

As Tabelas 8 e 9 dizem respeito às médias de cada subescala do WOQOL-OLD, analisando o pré e pós-teste. Comparando o pré e o pós-teste, podemos verificar que para a subescala do Funcionamento Sensorial houve piora nos resultados, bem como na subescala Morte e Morrer. Quanto às subescalas da Autonomia e da Família o valor das médias relativamente ao pré e pós-teste foi igual para ambas. Em todas as restantes subescalas verificou-se que houve melhorias quando comparados o pré e o pós-teste. As diferenças são estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste nas subescalas: Participação Social ( $p=0,011$ ), Morte e Morrer ( $p=0,031$ ) e Intimidade ( $p=0,001$ ). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes subescalas ( $p>0,05$ ). Relativamente ao total da escala, embora não se verifique diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste, o valor de  $p$  está muito próximo da significância ( $p=0,061$ ).

**Tabela 8 – Distribuição das variáveis do Questionário WHOQOL-OLD, comparando o pré e o pós-teste**

	Func. Sensorial (pré-teste)	Func. Sensorial (pós-teste)	Autonomia (pré-teste)	Autonomia (pós-teste)	Atividades Passadas Presentes Futuras (pré-teste)	Atividades Passadas Presentes Futuras (pós- teste)	Participação Social (pré-teste)	Participação Social (pós-teste)
N	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	17,56	15,13	14,36	14,91	12,64	13,36	13,27	15,73
Desvio Padrão	1,67	5,64	2,20	2,84	2,20	2,20	1,35	2,37
Mínimo	14	8	11	10	8	9	12	11
Máximo	19	20	17	19	15	16	16	20

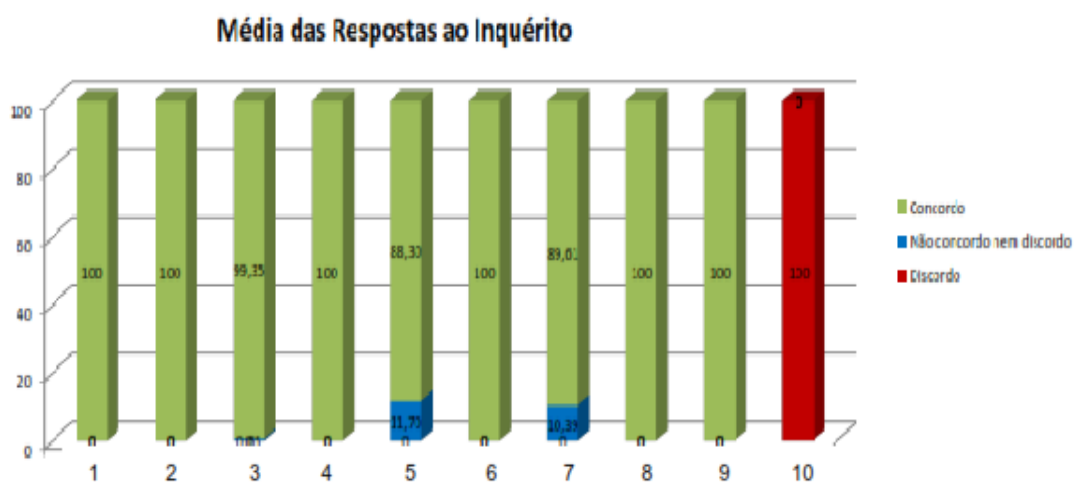
**Tabela 9 – Distribuição das variáveis do Questionário WHOQOL-OLD, comparando o pré e o pós-teste (continuação)**

	Morte e Morrer (pré-teste)	Morte e Morrer (pós-teste)	Intimidade (pré-teste)	Intimidade (pós-teste)	Família (pré-teste)	Família (pós-teste)	Total (pré- teste)	Total (pós-teste)
N	11	11	11	11	11	11	11	11
Média	14,09	11,10	4,82	12,18	21,00	21,00	96,33	104,75
Desvio Padrão	4,37	4,77	2,71	4,90	4,40	4,24	7,23	9,97
Mínimo	6	6	4	4	13	14	90	83
Máximo	20	20	13	17	24	24	110	114

#### 4.5. Questionário da Satisfação das Sessões

Através do gráfico 3, verifica-se que em todas as questões colocadas, os idosos ficaram bastante satisfeitos com todas as sessões realizadas. Este facto traduz-se através da última questão do questionário (barra a vermelho) em que todos os idosos responderam que não preferiam outro tipo de atividades, demonstrando-se satisfeitos e realizados com as atividades propostas.

**Gráfico 3 – Média de respostas ao Questionário de Satisfação das sessões**



- 1- Gostei da atividade?
- 2- Conheci melhor as pessoas do grupo?
- 3- A minha relação com as pessoas do grupo melhorou?
- 4- A atividade promoveu a amizade/aproximação entre as pessoas do grupo?
- 5- Gostei de trabalhar em grupo?
- 6- A atividade foi interessante?
- 7- Participei/comuniquei durante a atividade?
- 8- Senti-me bem-humorado/satisfeito ou feliz ao participar na atividade?
- 9- Sabendo como foi, voltaria a participar?
- 10- Preferia outro tipo de atividade?

## 5. DISCUSSÃO

Procedemos agora à discussão dos principais resultados obtidos, onde serão apresentadas reflexões críticas sobre os mesmos de forma a evidenciar os dados mais relevantes e a confrontá-los com os diversos estudos encontrados na literatura, de modo a deduzir se os objetivos propostos foram ou não atingidos.

Um dos objetivos propostos foi *melhorar o funcionamento cognitivo*, após um programa de intervenção. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que os participantes evidenciaram uma melhoria estatisticamente significativa no desempenho cognitivo, após o Programa de Intervenção de catorze sessões. Ainda a referir que os idosos antes do programa de intervenção se encontravam no limite de um estado de demência e após a intervenção alcançaram o limite inferior da normalidade.

Resultados semelhantes sugerem que os programas de estimulação cognitiva ajudam os idosos a manter e a desenvolver as suas capacidades cognitivas e sociais, bem como contribuem para a diminuição da depressão (Spector, Orrel, Davies, & Woods, 2001; Gonçalves, 2007; Tavares, 2007; Pires, 2008; Raes, Williams & Hermans, 2009; Leónie, Bergeron, Thivierge, & Simard, 2010; Apóstolo et al., 2011; Gonçalves, 2012).

Um realizado por Apóstolo *et al.* (2011) sugere que os PEC têm um efeito na melhoria do estado cognitivo em pessoas idosas, contribuindo assim para uma melhoria da saúde cognitiva dessas pessoas, podendo atrasar a instalação de patologias como a demência e consequentemente melhorar a autonomia e a dependência dessas pessoas (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011).

Um estudo de García e González (2006) pretendeu analisar os efeitos de um programa de treino de memória em idosos. A amostra compreendeu noventa e oito idosos, sendo que cinquenta e nove faziam parte do grupo experimental e trinta e nove



do grupo de controlo. Os indivíduos selecionados pertenciam a lares de idosos e aos Serviços Psicológicos da Universidade de Granada. Os resultados deste estudo indicaram que o grupo de controlo melhorou ou manteve o seu desempenho cognitivo após a intervenção, contrariamente aos idosos que não estiveram sujeitos à intervenção. Estes demonstraram assim, um défice nas suas funções cognitivas.

Em Portugal, Rodrigues (S/D) realizou um estudo com o objetivo de verificar se a exposição a um programa de estimulação cognitiva tinha efeitos a nível das capacidades de memória, de abstração lógica, de rapidez psicomotora e de organização. O programa de treino foi constituído por um total de sete sessões estruturadas, onde foram trabalhadas várias competências cognitivas, como a memória, a atenção, a coordenação motora e as competências de abstração lógica. A amostra englobou quarenta e sete idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os sessenta e cinco e oitenta e nove anos e de diferentes níveis de escolaridade. Os resultados apontaram para melhorias significativas no desempenho dos idosos, após a realização do programa de treino de memória (Pereira, 2012).

Na revisão feita por Tardif e Simard (2011) o objetivo era investigar a eficácia de catorze programas de intervenção cognitiva administrados a participantes idosos saudáveis. Os resultados prévios da estimulação cognitiva foram promissores, na realização de tarefas de memória, atenção e na rapidez de execução das atividades propostas. No entanto, é de salientar que os programas de estimulação cognitiva analisados no referente estudo não eram muito diferentes uns dos outros.

Souza e Chaves (2005), no seu estudo pretenderam verificar a existência da relação entre o desempenho mnemónico e a constante estimulação dessa função neural. Foram estudados quarenta e seis idosos, integrantes numa oficina de memória, sem diagnóstico médico de demência, antes e após a execução das atividades. Foram realizadas dezasseis sessões que consistiam na apresentação de palestras, aplicação de jogos, atividades e exercícios que exercitassem e estimulassem o raciocínio, os diferentes tipos de memória e as demais funções cognitivas. Concluiu-se que a intervenção teve efeitos significativos no desempenho cognitivo dos idosos.

Loureiro, Lima, Cássia e Najjar (2011), descrevem os efeitos de uma intervenção da terapia ocupacional, utilizando a reabilitação cognitiva no desempenho cognitivo e observam a influência na capacidade funcional dos idosos institucionalizados. Os autores concluem que a intervenção da terapia teve efeitos significativos no desempenho cognitivo de idosos.

No estudo de Rodrigues (2006), pretendia-se verificar se a exposição a um programa de estimulação cognitiva tinha efeitos a nível das capacidades de memória, de abstração lógica, de rapidez psicomotora e de organização perceptiva de idosos, bem como a nível da sua satisfação de vida. Os participantes foram analisados em dois momentos distintos, antes e depois de terem sido submetidos ao programa. Os resultados observados no estudo apontaram para um efeito positivo da prática e de treino do PEC.

Tendo em conta o objetivo *melhorar a autoeficácia auditiva*, os resultados obtidos foram estatisticamente significativos, após o Programa de Intervenção implementado, no que diz respeito à escuta complexa e ao total da escala da autoeficácia auditiva (P-LSEQ).

Smith et al. (2011) realizou uma análise para múltiplas comparações, revelando que as subescalas *Dialogue in Quiet* e *Directed Listening* não eram significativamente diferentes uma da outra, mas ambas eram significativamente diferentes da subescala *Complex Listening*. Estes resultados indicam que os indivíduos com perda auditiva sensorineural não reabilitada julgam a sua autoeficácia auditiva moderadamente alta para situações de silêncio ou situações de escuta direta, mas baixa para situações de escuta complexa.

Para Smith et al. (2011) os níveis de autoeficácia auditiva podem mais facilmente relacionar-se com as dificuldades percebidas em determinadas situações de escuta, do que propriamente com a avaliação audiológica convencional. Os autores referiram ainda que estes dados vão ao encontro de outros estudos onde foram, também, encontradas correlações fracas entre as avaliações clínicas e as medidas de autoavaliação, possivelmente devido à interferência de fatores não auditivos tais como a cognição e a atenção que contribuem para diferentes perceções de desempenho nas reais situações de escuta.

Um outro estudo baseou-se na validação do LSEQ através da avaliação da autoeficácia auditiva num grupo de adultos com cinquenta e seis participantes e num grupo de idosos com trinta e dois participantes, ambos com audição normal, para posterior comparação com os valores de autoeficácia auditiva no grupo de idosos com perda auditiva. Assim, foi possível aos investigadores testarem se fatores não auditivos, como a cognição, influenciavam os níveis de autoeficácia auditiva. Os autores concluíram que a autoeficácia era maior nos grupos com audição normal, quando comparada com o grupo de perda auditiva. Os três grupos testados revelaram maior autoeficácia auditiva para as subescalas *Dialogue in Quiet* e *Directed Listening* e

menor para a subescala *Complex Listening*. No grupo de jovens e idosos com audição normal foram encontrados níveis mais elevados de autoeficácia para a subescala *Directed Listening*, enquanto, que no grupo de idosos com perda auditiva os níveis mais elevados de autoeficácia foram encontrados na subescala *Dialogue in Quiet* (Smith et al., 2011).

Na 6ª fase do estudo de Oliveira (2013), o objetivo foi perceber se o P-LSEQ conseguia realizar a discriminação entre dois grupos (indivíduos reabilitados audiologicamente há pelo menos um mês e indivíduos não reabilitados). Para os indivíduos reabilitados a média do P-LSEQ foi de 78,47 e para o grupo dos indivíduos não reabilitados a média foi de 46,21, demonstrando assim uma melhoria no grupo dos reabilitados. Esta melhoria nos resultados deve-se ao facto de que com ajudas tecnológicas é possível obter-se uma melhor autoeficácia auditiva do que sem ajuda.

Através dos resultados obtidos, podemos verificar que os idosos após o Programa de Intervenção implementado melhoraram a escuta complexa e o P-LSEQ. Tal resultado pode ser possivelmente explicado, devido ao facto dos idosos terem melhorado as suas capacidades cognitivas (atenção e memória auditiva). Uma vez que houve uma melhoria das capacidades cognitivas, também isso se veio a refletir na melhoria da autoeficácia auditiva, uma vez que melhorando a atenção e a memória tornou-se mais fácil para os idosos entenderem a perceção da palavra em ambientes de escuta complexa (grupo) e melhorarem a sua autoeficácia auditiva, ou seja, os idosos melhoraram a escuta nos ambientes complexos. É de ressaltar ainda que o total da escala (P-LSEQ) melhorou, porque houve uma melhoria numa das subescalas da escala. Neste sentido, é importante salientar que, o Programa de Intervenção implementado foi eficaz, uma vez que ocorreu uma melhoria na escuta complexa, apesar dos limiares auditivos serem inalteráveis.

Tendo em conta o último objetivo *melhorar a qualidade de vida*, os resultados obtidos foram estatisticamente significativos em dois domínios (participação social e intimidade), após o programa de intervenção.

Fernandes e Martins (2014) estudaram 36 idosos com idades acima dos 60 anos. Dezoito idosos frequentavam o centro de dia, e os restantes 18 aguardavam vaga no centro de dia. Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: WHOQO-OLD e o WHOQOOL-Brief. Ao analisar os diferentes domínios da qualidade de vida dos idosos estudados, observou-se nos idosos frequentadores do centro dia, que o domínio que mais contribui para a qualidade de vida foi o da participação social (seguido dos domínios Atividades passadas, presentes e futuras; Morte e Morrer e

Intimidade), sendo esta de grande importância, pois poderá ser explicada pela participação em atividades do quotidiano, dentro da comunidade. Este estudo concluiu ainda que os idosos frequentadores do centro de dia têm uma melhor Qualidade de Vida em relação aos não frequentadores, devido à inclusão social oferecida pelas próprias atividades do centro. O domínio intimidade embora tenha sido o quarto domínio com melhor pontuação, segundo este estudo demonstrou também uma mudança no perfil dos idosos analisados, quando comparados com uma outra pesquisa em que aparece como uma das menores pontuações.

Cimirro, Rigon, Vieira, Pereira, & Creutzberg, (2011) avaliaram a qualidade de vida de trinta idosos com média de idade de setenta e oito vírgula vinte e três, que frequentavam o centro de dia do Regado e São Tomé de Portugal. Os domínios Participação Social, Funcionamento Sensorial e Autonomia foram os mais elevados.

Serbim e Figueiredo (2011) pretenderam descrever a qualidade de vida de idosos que participavam num grupo de convivência. Analisaram quinze idosos, e os instrumentos utilizados foram o WHOQOL-OLF e o WHOQOL-Bref. Como resultados observaram que os domínios que obtiveram melhores pontuações foram o Funcionamento Sensorial, Morte e Morrer e Participação Social, seguindo-se depois a Autonomia e a Intimidade. As pontuações mais baixas foram obtidas no domínio Atividades passadas e futuras.

Gutierrez, Auricchio e Medina (2011) pretenderam avaliar a qualidade de vida de idosos em centros de convivência e identificar as suas necessidades biopsicossociais. Os instrumentos utilizados foram: WHOQOL-OLD, WHOQOL-Bref, e a Escala de Depressão Geriátrica. Avaliaram cento e sessenta e seis idosos com idades compreendidas entre os sessenta e os oitenta e três anos. A análise das pontuações médias demonstrou que os domínios com melhores pontuações foram os domínios Atividades Passadas, Presentes e Futuras e a Participação Social. Por outro lado o domínio que apresentou pontuações mais baixas foi o domínio Morte e Morrer.

## 6. CONCLUSÃO

Com este estudo, e tendo em conta os objetivos mencionados anteriormente, pode observar-se, após a implementação do programa de intervenção elaborado, resultados prometedores na melhoria do desempenho cognitivo em idosos, na melhoria de alguns aspetos da autoeficácia auditiva, e consequentemente na melhoria de alguns aspetos da qualidade de vida.

Tendo em conta que o envelhecimento da população portuguesa é cada vez maior, é necessário e fundamental a avaliação da saúde do idoso e a implementação de

programas de intervenção, de maneira a diminuir o impacto das consequências do processo de envelhecimento.

Este estudo demonstrou no entanto, algumas limitações, nomeadamente o diminuto número de participantes que nos impossibilitou de realizar uma análise mais abrangente dos resultados. Destacamos também a escassa bibliografia existente na temática da autoeficácia auditiva, o que nos impediu de fazer comparações atendendo à nossa realidade. Do mesmo modo, o facto de muitos estudos terem utilizado instrumentos diferentes dos aplicados no nosso estudo, bem como objetivos e metodologias diferentes, evidenciou-se como uma dificuldade acrescida no momento de fazer algumas comparações.

Neste sentido considera-se pertinente que em trabalhos futuros sejam implementados programas de intervenção que inteirem diferentes valências (ex. cognitiva e audiológica) em idosos de modo a promover a manutenção das suas capacidades funcionais e cognitivas, prevenindo a deterioração cognitiva e consequentemente, proporcionando uma maior qualidade de vida a esta população. É fundamental na implementação destes programas ter em consideração as características, necessidades e motivações da população idosa.

Finalmente pode concluir-se que, apesar das limitações encontradas, este tipo de investigações são fulcrais e devem continuar a ser desenvolvidas para que se possa alcançar e aumentar um maior número de conhecimentos nesta área, bem como aperfeiçoar as metodologias a serem aplicadas, o que nos permitirá melhorar a qualidade de vida dos idosos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E. P. (2001). *Memória Implícita e Processamento: Do sublimar à formação de imagens*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Anigrupos. (2007). *Jogos e Dinâmicas de Grupo*. Obtido de Recursos para a animação de grupos-anuário: <http://www.anigrupos.org>.
- Amodeo, M. T., Netto, T. M. & Fonseca, R. P. (2010). Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idoso: modalidades da literatura e da neuropsicologia. *Letras de Hoje*, 45, 54-64.
- Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Marta, L. M. & Amaral, T. I. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência, ser III*.
- ASHA. (2011). *American Speech Hearing Association*. Consultado a partir de: Auditory Processing Disorders: <http://www.asha.org/docs/html/tr2005-00043.html>.
- Aversi-Ferreira, T. A., Rodrigues, H. G. & Paiva, L. R. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento*, 5, 46-64.
- Baddeley, A. D. (1999). *Essentials of Human Memory*. United Kingdom: Psychology Press Ltd.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., . . . Willis, S. L. (2002). Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 2271-2281.
- Ballone, G. & Moura, E. (2008). *Atenção e Memória*. Consultado a partir de: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=201>
- Buckard, R. F. & Eggermont, J. J. (2007). *Auditory Evoked Potential: Basic principals and clinical application*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Buss, L. H., Graciolli, L. & Rossi, A. (2010). Processamento Auditivo em Idosos: Implicações e Soluções. *Revista CEFAC*, 1, 146-151.
- Brayner, I. C. (2003). *Aplicação do paradigma auditivo "oddball" no estudo do P300: normatização para a faixa etária de 7-14 anos e avaliação de crianças com dificuldade de aprendizagem com e sem transtorno de deficit de atenção/hiperactividade*. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Canavarro, M. C. & Simões, M. R. (2010). *Instrumento de Avaliação: WHOQOL-OLD*. Versão experimental Portuguesa.
- Cancela, D. M. (2007). O Processo de Envelhecimento. *Psicologia.com.pt : O Portal dos Psicólogos*, 1-15.
- Capovilla, A. G. & Dias, N. M. (2008). Desenvolvimento de habilidades atencionais em estudantes da 1ª à 4ª série do ensino fundamental e relação com rendimento escolar. *Revista de Psicopedagogia*, 78, 198-211.

- Castel, A. & Craik, F. (2003). The effects of aging and divided attention on memory for item and associative information. *Psychology Aging*, 18, 873-885.
- Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, 1-74.
- Castro, E. (2005). *Memória da Aprendizagem: Aquisição e retenção de saberes*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Braga.
- Cavallini, E., Pagnin, A. & Vecchi, T. (2003). Aging and everyday memory: the beneficial effect of memory training. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37, 241-257.
- Clare, L. & Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 14, 385-401. Consultado a partir de: International Encyclopedia of Rehabilitation.
- Ciorba, A., Bianchini, C. & Pastore, A. (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 1-27.
- Cimirro, P., Rigon, R., Vieira, M., Pereira, H. & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé-Portugal. *Enfermagem em Foco*, 2, 195-198.
- Coelho, A. (1995). *Contos Populares Portugueses*. Publicações Dom Quixote, Lda.
- Correia, C. M. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Ciências Humanas e Sociais do Algarve
- Crespo, R. A. (2005). *A Atenção dos alunos das aulas de educação*. Monografia de Licenciatura da Universidade da Madeira.
- Dias, H. (2008). Plano de Intervenção Psicopedagógica para Idosos. Consultado a partir de: <http://pt.slideshare.net/guest517cb4/plano-de-interveno-psicopedaggico-para-idosos-memria>
- Dias, N. M. (2009). *Avaliação Neuropsicológica das funções executivas: Tendências desenvolvimentais e evidências de validade de instrumentos*. Dissertação De Pós-Graduação da Universidade de Presbiteriana Mackenzie.



- Diogo, M. J. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 395-399.
- Diniz, B., Volpe, F. & Tavares, A. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 13-17.
- Faller, J. & Marcon, S. (2010). *Qualidade de vida em idosos cadastrados na estratégia saúde da família de foz do iguaçu-PR*. Escola Anna Nery, 14, 803-810.
- Farina, E., Fioravanti, R., Chiavari, L., Imbomone, E., Albernoni, M., Pomati, S., . . . Mariani, C. (2002). Comparing two programs of cognitive training in Alzheimer's disease: a pilot study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 105, 365-371.
- Fechine, B. R. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 1, 106-194.
- Feniman, M. R. et al., (2007). A habilidade de atenção auditiva sustentada em crianças. *Acta ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*, 25, 280-284.
- Fernandes, S. C., & Martins, M. R. (2014). Avaliação da qualidade de vida de idosos frequentadores de centros dia. *Revista UNINGÁ, Maringá*, 31-41.
- Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa.
- Fiske, A., Wetherell, J. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9, 345-357.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 2*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fulgencio, P. C. (2007). *Glossário – Vade Mecum*. Mauad X Editora Ltda.



- García, M. D. & Gonzáles, E. N. (2006). Eficacia de un Programa de Entrenamiento en el Mantimiento de Ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clinica e Salud*, 17, 187-202,
- Gonçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*, 1-18.
- Gonçalves, C. (2007). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Minho, Braga.
- Gutierrez, B., Auricchio, A. & Neuma, M. (2011). Mensuração da qualidade de vida em idosos em centros de convivência. *Journal of the Health Sciences Institute*, 29, 186-90.
- Gregory M. (2011). Self-efficacy and Successful Hearing Rehabilitation. *Hearing Review*, 18, 28-32.
- Haug, H. & Eggers, R. (1991). Morphometry of the human cortex cerebri and corpus striatum during aging. *Neurobiol Aging*, 12, 336-338.
- Instituto Nacional de Estatística, INE. (2011). *Censos 2011. Resultados Definitivos – Portugal*. INE: Lisboa, Portugal
- International Bureau for Audiophonology, BIAP. (1996). *BIAP Recommendation 02/1 bis : Audiometric Classification of Hearing Impairments*. BIAP: Bélgica. Consultado a partir de: [http://www.biap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5:recommendation-biap-021-bis&catid=65:ct-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=en](http://www.biap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5:recommendation-biap-021-bis&catid=65:ct-2-classification-des-surdites&Itemid=19&lang=en)
- Kenny, Tim. (2012). *Presbycusis. Hearing Loss of Older People*. Consultado a partir de: Patient.co.uk: Trusted medical information and support: <http://www.patient.co.uk/health/presbycusis-hearing-loss-of-older-people>
- Kopper, H., Teixeira, A. R. & Dorneles, S. (2009). Desempenho Cognitivo em um Grupo de Idosos: Influência de Audição, Idade, Sexo e Escolaridade. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 13, 39-43.
- Laurienti, P., Chen, M., Kritchevsky, S., Williamson, J., Espeland, M., Hayasaka, S., . . . Long, A. (2007). *Wake Forest: Baptist Medical Center*. Consultado a partir de:

Attention Training May Help Older Adults Improve Concentration:  
[http://www.wakehealth.edu/News-Releases/2007/Attention\\_Training\\_May\\_Help\\_Older\\_Adults\\_Improve\\_Concentration.htm](http://www.wakehealth.edu/News-Releases/2007/Attention_Training_May_Help_Older_Adults_Improve_Concentration.htm)

Lamas, S. (2006). *Jogos e atividades para idosos* (Edições Âmbra 2ª ed.). Livpsic&Lima.

Leão, I. S. (2012). *Estudo das propriedades psicométricas da escala WHOQOL-OLD em idosos na região do Nordeste*. Dissertação de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Leónie, J., Bergeron, M.-È., Thivierge, S. & Simard, M. (April de 2010). Cognitive Intervention Programs for Individuals with Mild Cognitive Impairment: Systematic Review of the Literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 281-296.

Lima, M., Barros, M., César, C., Goldbaum, M., Carandina, L. & Ciconelli, R. (2009). Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, avaliada com o uso do SF-36 em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2159-2167.

Lima, R. F. (2005). Compreendendo os mecanismos atencionais. *Ciências&Cognição*, 06, 113-122.

Liporaci, F. D. (2009). *Estudo do Processamento Auditivo Temporal (Resolução e Ordenação) em Idosos*. Dissertação de Mestrado da Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.

Lopes, L. C. (2011). *Análise do processamento auditivo central em idosos portadores de comprometimento cognitivo leve*. Dissertação de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Loureiro, A., Lima, A., Silva, R. & Najjar, E. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22, 136-144.

Lowenstein, D. A., Acevedo, A., Czaja, S. J. & Duara, R. (2004). Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 395-402.

- Magalhães, R., & Lório, M. C. (2011). Avaliação da restrição de participação e de processos cognitivos em idosos antes e após intervenção fonoaudiológica. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23, 51-56.
- Marques, A., Kozlowski, L. & Marques, J. (2004). Reabilitação Auditiva no Idoso. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 70, 806-811.
- Miranda, C. (2012). *Associação entre Perda Auditiva e Memória de Trabalho em Idosos*. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do sul.
- Moreira, R. R. (2008). *Mismatch negativity: análise dos efeitos da hipotermia e do treino auditivo a partir de um modelo de estudo experimental*. Dissertação de Doutorado da Universidade de São Paulo.
- Murakami, L. & Scattolin, F. (2010). Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Médica Heridiana*, 21, 18-26.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2014). *Hearing Loss and Older Adults*. Consultado a partir de: <https://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/Pages/older.aspx#4>
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., . . . Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatric Society*, 53, 695-699.
- Nilsson, L. (2003). Memory function in normal aging. *Neurological Scandinavic's Acta Supplement*, 179:3, 7-13.
- Nordon, D., Guimarães, R., Kozonoe, D., Mancilha, V. & Neto, V. (2009). Perda Cognitiva em Idosos. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11, 5-8.
- Oliveira, A. P. (2013). *Validação do Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ) na população portuguesa*. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.
- Oliveira, A., Serrano M. & Amaral A. P. (2013) *Questionário de Auto-Eficácia Auditiva (P-LSEQ) Not Aided Version*. Versão experimental Portuguesa.

- Oliveira, M. B. (2011). Auto-Eficácia, Raciocínio Verbal e Desempenho Escolar em Estudantes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, 33-39.
- Oliveira, M. G. & Bueno, O. F. (1993). Neuropsicologia da memória humana. *Psicologia USP*, 4, 117-138.
- Okumiya, K., Morita, Y., Nishinaga, M., Osaki, Y., Doi, Y., Ishine, M., . . . Matsubayashi, K. (2005). Effects of group work programs on community-dwelling elderly people with age-associated cognitive decline and/or mild depressive moods: A Kahoku Longitudinal Aging Study. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, 267-275.
- Orell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L. & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 446-451.
- Park, D., Lautenschlager, G., Hedden, T., Davidson, N., Smith, A. & Smith, P. (2002). Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology Aging*, 17, 299-320.
- Pereira, Z. M. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos sem Demência*. Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Pinto, A. C. (2011). *Psicologia da Aprendizagem e Memória*. Porto: Livpsic.
- Pires, A. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina do Porto.
- Precioso, J., Samorinha, C., Calheiros, J., Macedo, M., Antunes, H., & Campos, H. (2010). Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco (FAT). Avaliação de uma intervenção preventiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16, pp. 57-72.
- Raes, F., Williams, J. & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of memory specificity training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behaviour Psychiatry*, 40, 24-38.
- Rasmusson, D. X., Rebok, G. W., Bylsma, F. W. & Brandt, J. (1999). Effects of Three Types of Memory Training in Normal Elderly. *Aging Neuropsychology and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 6, 56-66.

- Raz, N. (2005). *The aging brain observed in vivo: differential changes and their modifiers*. In R. Cabeza, L. Nyberg & D. Park. (2005). *Cognitive Neuroscience of Aging: Linking Cognitive and Cerebral Aging*, 19-57. New York: NY: Oxford University Press.
- Rech, C. R., Sarabia, T. T., Fermino, R. C., Hallal, P. C. & Reis, R. S. (2011). Propriedades psicométricas de uma escala de autoeficácia para a prática de atividade física em adultos brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4, 259-266.
- Rodrigues, M. (2006). *Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos*. Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, 77-84.
- Rodrigues, Â., & Costa, V. (2013). Locus de controlo, auto-eficácia e qualidade de vida na diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 389-404.
- Salvetti, M., Pimenta, C., Lage, L., Junior, J. & Rocha, R. (2005). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crónica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 111-117.
- Santos, I. B. (2010). *Oficinas de Estimulação em Idosos Analfabetos com Transtorno Cognitivo Leve*. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Brasília.
- Schum, D. J. & Douglas, B. (2008). *Negative Synergy: Hearing Loss and Aging*. Consultado a partir de: <http://www.audiologyonline.com/articles/negative-synergy-hearing-loss-and-917>
- Serbim, A. & Figueiredo, A. (2011). Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica*, 21, 166-172.
- Soares, E. (2006). Memória e Envelhecimento: Aspectos Neuropsicológicos e Estratégias Preventivas. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*, 1-8.
- Souza, G. A., Silva, A. M. & Galvão, R. (2002). A auto-eficácia como mediadora da melhoria em índices clínicos de saúde oral. *Pesquisa Odontologica Brasileira*, 16, 57-62.
- Silva, A. I. (2009). *Perda Auditiva e Articulação nas Crianças do Primeiro Ciclo na Trofa*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

- Silva, M. A. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Bragança.
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 1, 9-33.
- Simões, M. R., Firmino, H., Vilar, M. & Martins, M. (2007). *Instrumento de Avaliação: Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*. Versão experimental Portuguesa.
- Souza, R. R. (2010). *Treinamento auditivo em idosos com comprometimento cognitivo leve*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Souza, J. & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39, 13-19.
- Smith, S., Pichora-Fuller, K., Watts, K. & La More, C. (2011). Development of the Listening Self-Efficacy Questionnaire (LSEQ). *International Journal of Audiology*, 50, 417-425.
- Smith, G., Housen, P., Yaffe, K., Ruff, R., Kennison, R., Mahncke, H., & Zelinski, E. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 594-603.
- Smith, S. & Robin, W. (2006). The application of Self-Efficacy Principles to Audiologic Rehabilitation: A Tutorial. *American Journal of Audiology*, 15, 46-56.
- Spector, A., Orell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1253-1258.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy program for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

- Spector, A., Orrel, L., Davies, S. & Woods, B. (2001). The development of an evidence based package of psychological therapies for dementia groups. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 377-397.
- Stach, B., Sprentnjak, M., & Jerger, J. (1990). The prevalence of central presbycusis in a clinical population. *Journal of the American Academy of Audiology*, 1,
- Stern, W. (1950). *Psicologia Geral*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stewart, R. & Wingfield, A. (2009). Hearing Loss and Cognitive Effort in Older Adults Report Accuracy for Verbal Materials. *Journal of the American Academy of Audiology*, 20, 147-154.
- Sweatt, J. D. (2010). *Mechanisms of Memory*. London: Elsevier Inc.
- Tardif, S. & Simard, M. (2011). Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: A Review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2011, 1-13.
- Tavares, L. (2007). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Thiel, C., Vogt, L., Tesky, V. A., Meroth, L., Jakob, M., Thiel, C., Vogt, L., Tesky, V. A., Meroth, L., Jakob, M., Sahlanders, S., . . . Banzer, W. (2011). Cognitive intervention response is related to habitual physical activity in older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 10, 3275-7569.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. & Corrente, J. (2005). Qualidade de Vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 246-253.
- Viana, E. M. (2008). *O medo de cair: um estudo da auto-eficácia em idosos portadores de mieloma múltiplo*. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Brasília.
- Willis, S. L., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K. M., . . . Wright, E. (2006). Long-term Effects of Cognitive Training on Everyday Functional Outcomes in Older Adults. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 2805-2814.
- Wilson, R., Mendes De Leon, C., Barnes, L., Schneider, J., Bienias, J., Evans, D. & Bennett, D. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of

incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287, 742-748.

Volkow, N., Gur, R., Wang, G., Fowler, J., Moberg, P. & Ding, Y. (1998). Association between decline in brain dopamine activity with age and cognitive and motor impairment in healthy individuals. *Am J Psychiatry*, 155, 344-349.



## **ANEXOS**

---

## ANEXO 1 – Planificação

## Planificação

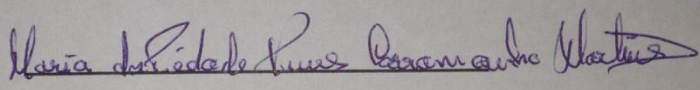
MARÇO 2014		
AVALIAÇÃO (Tempo 1)	6	7
	Pré-Teste	Pré-Teste
ATIVIDADES	11	13
	“Jogo do novelo”	“Provérbios Populares”
	18	20
	“As cores”	“Apresentação do PowerPoint formativo e atividade de atenção e memória auditiva”
	25	27
	“Descubra as profissões”	“Atividade de atenção e memória auditiva”
	ABRIL 2014	
	01	03
	“Classificação de objetos”	“Atividade de atenção e memória auditiva”
	08	10
	“Função do objeto”	“Atividade de atenção e memória”
	15	17
	Associação de Palavras	“Quem sabe sabe”
	22	24
	“Lista de Palavras”	“Atividade de atenção e memória auditiva e atividade de despedida”
	29	30
AVALIAÇÃO (Tempo 2)	Pós-Teste	Pós-Teste

ANEXO 2 – Pedido de Autorização à Instituição

**Pedido de Autorização**

Declaro ter conhecimento sobre o Projeto de Investigação - **"PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - O SOM, A ATENÇÃO E A MEMÓRIA – A Audição e a Cognição: Contributo para um envelhecimento saudável"**, e autorizo a investigadora do Projeto Ana Filipa M. Fonseca, a responsabilidade pelo desenvolvimento e respetiva conclusão da pesquisa com os idosos desta instituição, para a finalização da sua tese de mestrado.

**Assinatura**



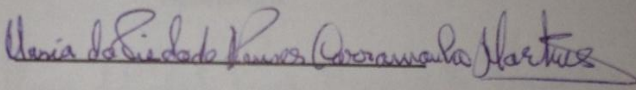
Data: \_\_/\_\_/\_\_

### ANEXO 3 – Pedido de Autorização de Imagem

**Pedido de Autorização de Imagem**

Venho por este meio pedir a sua autorização para fotografar/filmar os idosos desta instituição no decorrer do projeto para que essas imagens possam complementar o meu trabalho de investigação.

Assinatura



Data: \_\_/\_\_/\_\_

#### ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Informado

### **Termo de Consentimento Livre e Informado**

Este estudo tem como objetivo a elaboração de uma tese para a conclusão do Mestrado em Educação para a Saúde, a decorrer na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e na Escola Superior de Educação de Coimbra.

**Título da Pesquisa:** “PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO: A ATENÇÃO A MEMÓRIA E A AUDIÇÃO”.

**Pesquisadora:** Ana Filipa M. Fonseca, Audiologista

**Orientadoras:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Amaral e Mestre Margarida Serrano

*O aumento crescente do envelhecimento da população na nossa sociedade tem contribuído para um maior interesse no desenvolvimento de projetos relativos a esta temática.*

*O processo de envelhecimento está associado ao declínio cognitivo e, entre as capacidades mais afetadas, estão a atenção, a concentração e o raciocínio indutivo (Schaie & Willis, 1996).*

*Alguns investigadores conjecturaram que a perda auditiva e o declínio cognitivo coexistem acidentalmente devido ao avanço da idade. Ainda dentro desta temática, diversos investigadores demonstraram nos seus estudos, uma forte relação entre a perda auditiva e o estado cognitivo (Weinstein, 2000).*

Com este estudo pretende-se identificar precocemente sinais de declínio cognitivo e auditivo, através do desenvolvimento de um programa de intervenção, onde irão ser realizadas algumas atividades envolvendo a memória, a atenção e a identificação do som. Assim, pretende-se minimizar o impacto das fragilidades identificadas, promovendo uma maior qualidade de vida.

Também irá ser realizada uma avaliação audiológica, através de um audiograma tonal simples.

É de salientar que tanto o exame auditivo, como as atividades envolvidas no estudo em questão não apresentam qualquer risco para os seus participantes, contudo estes têm o direito de colocar questões sobre todo o procedimento da pesquisa.

Esta autorização pressupõe que durante todo o processo de investigação será respeitada a confidencialidade dos dados eticamente imposta, resumindo-se o seu manuseamento apenas ao tratamento estatístico, interpretação e análise dos dados.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto a minha participação, no presente estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

ANEXO 5 – Pedido de Autorização do Instrumento *Montreal Cognitive Assessment*

**Permission Request of The Montreal Cognitive Assessment**

Thank you for your interest in the MoCA©,

You are welcome to use the MoCA© Test as you described below with no further permission requirements.

No changes or adaptations to the MoCA test and instructions are permitted.

All the best,

MoCA© Team

On behalf of Dr Ziad Nasreddine MD FRCP(C)

Neurologist

ANEXO 6 – Pedido de Autorização do Instrumento de Avaliação WHOQOL-OLD

**Pedido de Autorização do Instrumento de Avaliação WHOQOL-OLD**

Date: Mon, 10 Mar 2014

Cara Filipa Fonseca  
cordiais saudações!

Assinalo recepção do seu e-mail, para efeitos de pedido de autorização da utilização do WHOQOL-OLD no âmbito do seu projecto de investigação. Por forma a facilitar acesso e utilização atempada do referido instrumento, é usual realizar uma reunião, visando apresentar o protocolo de avaliação, características dos procedimentos e articulação de projectos, considerando que a validação do instrumento para a população portuguesa ainda está em curso. No entanto, considerando que a sua orientadora, Prof. Doutora Ana Paula Amaral, é também a orientadora da aluna Rita Ribeiro, e uma vez que realizámos hoje reunião, para o mesmo efeito, sugiro que possa, num primeiro momento, utilizar os materiais que hoje facultei (informei a aluna Rita Ribeiro dessa alternativa/possibilidade). Posteriormente, em data oportuna, poderemos realizar reunião, por forma a oficializar a colaboração e poder discutir algumas questões/sugestões relativamente à temática da QdV em adultos idosos e, especificamente, em relação ao WHOQOL-OLD, enquanto instrumento de avaliação de QdV nessa população. Relembro que o uso adequado do instrumento e o salvaguardar das questões éticas e deontológicas, em termos de divulgação do instrumento, são exigidas. Assim:

Relativamente ao seu pedido, consideramos a **possibilidade de disponibilizar a versão experimental do WHOQOL-OLD**, no âmbito da **colaboração com o nosso projecto de validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa (tese de doutoramento e Projecto de Investigação financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian)**, sempre que a temática a desenvolver (neste caso, Promoção da Qualidade de Vida no Idoso: O Som, a Atenção e a Memória) se articule com o nosso tema/objectivos de investigação.

Ponderamos disponibilizar o WHOQOL-OLD mas necessitamos que sejam consideradas as seguintes circunstâncias e condições:

1. **Dispomos de autorização da OMS** para a realização de estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa no âmbito do projecto de investigação e tese de doutoramento anteriormente referidos;
2. **Dispomos de uma versão experimental do instrumento (2.ª versão, 32 itens); a validação ainda está em curso, mas já nos estudos finais;**



3. A ser disponibilizada e utilizada esta segunda versão experimental do WHOQOL-OLD, devem ser salvaguardados os aspectos referidos em 1 **econsiderados os limites da utilização e divulgação do instrumento e dos respectivos resultados** (ex. não difusão da prova; referência ao estudo de validação, ex. comunicações, publicações), no âmbito de uma investigação para doutoramento/mestrado/projecto;

4. Aceitando estas circunstâncias e condições, **solicitamos a realização de reunião para disponibilizar o protocolo de colaboração WHOQOL-OLD** (para além do instrumento, inclui outras medidas, que poderão considerar relevantes, mas que fica ao vosso critério incluir ou não no vosso estudo). Terminados os estudos de validação, contamos tornar de uso público o WHOQOL-OLD. Para já, estando os mesmos ainda em curso, optamos pela realização da reunião (a solicitar, oportunamente), visando a apresentação do protocolo e situando a articulação do vosso estudo com o nosso projecto. A disponibilização de materiais será efectuada por intermédio da aluna Rita Ribeiro, como referido.

Votos de bom projecto, para si. A aluna Rita Ribeiro irá, então, contactá-la, para efeitos de disponibilização de materiais.

Os melhores cumprimentos,

Manuela Vilar

## ANEXO 7 - Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)** Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
 Versão Experimental Portuguesa Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de avaliação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos	
		Copiar o cubo [ ]	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez) (3 pontos) [ ] [ ] [ ]
<b>NOMEAÇÃO</b>		Contorno [ ] [ ] [ ] Número [ ] [ ] [ ] Protuberância [ ] [ ] [ ]	
		[ ] [ ] [ ]	
<b>MEMÓRIA</b>	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir as. Respire dois segundos. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Rosto [ ] Veludo [ ] Igreja [ ] Malmaguer [ ] Vermelho [ ]	1º ensaio [ ] 2º ensaio [ ]
<b>ATENÇÃO</b>	Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em sentido directo (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso.	[ ] 3 1 8 5 4 [ ] 7 4 2	[ ]
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que for dita a letra A. Não se permitem pontos se o 2º erro.		[ ] FBACMNAAIKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	
Subtrair de 7 em 7 começando no 100.		[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65	
4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos.		[ ]	
<b>LINGUAGEM</b>	Repetição: Eu apuro sei que hoje devemos ajudar o João.	[ ]	[ ]
Flúência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra "P" (1 minuto).		[ ]	
<b>ABSTRAÇÃO</b>	Semelhança p.a.x. entre maçã e laranja = fruta	[ ]	[ ]
<b>EVOCACÃO DIFERIDA</b>	Deve recordar as palavras SEM PISTAS.	ROSTO [ ] VELUDO [ ] IGREJA [ ] MALMEQUER [ ] VERMELHO [ ]	[ ]
Opcional	Placa de categoria Placa de escolha múltipla	[ ]	
<b>ORIENTAÇÃO</b>	[ ] Dia do mês (Data) [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ]	[ ]	
© Z.Neurodina MD www.mocates.org Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Herculina Firmão, Mariana Vilar, Mónica Martins (FPCE-UGTHUC; 2007)		TOTAL [ ]	

## Anexo 8 – Questionário da Autoeficácia Auditiva (P-LSEQ)

**Questionário de Auto-Eficácia Auditiva (P-LSEQ) Not Aided Version**

(Oliveira, Amaral &amp; Serrano, 2013)

Estas questões são acerca da sua capacidade de perceber as conversas em diferentes situações sonoras sem a utilização de ajudas auditivas, tais como os aparelhos auditivos. Se nunca esteve nestas situações, então faça uma previsão de como será o seu desempenho. Tendo em conta aquilo que sabe neste momento, indique o seu grau de certeza de que consegue perceber as conversas nas situações sonoras descritas no questionário.

1. Se acredita que não consegue perceber as conversas na situação descrita, então desenhe um círculo na escala à volta de 0% para "não consigo fazer".	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Fazer                      Consigo fazer Moderadamente                      Tenho a certeza que consigo fazer isto</p>
2. Se tem a certeza absoluta que consegue perceber as conversas na situação descrita, então desenhe um círculo na escala à volta de 100% para "tenho a certeza que consigo fazer isto".	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Fazer                      Consigo fazer Moderadamente                      Tenho a certeza que consigo fazer isto</p>
3. Se se sente inseguro, então escolha um número na escala entre 0 e 100 que indique o seu grau de certeza que consegue perceber as conversas na situação descrita. Números mais altos indicam uma maior certeza.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Fazer                      Consigo fazer Moderadamente                      Tenho a certeza que consigo fazer isto</p>

P-LSEQ (Oliveira, Amaral &amp; Serrano, 2013); Instituto Politécnico de Coimbra; ESTeS; Audiologia (NAV) - 1



### Exercício

As perguntas abaixo não estão relacionadas com a audição e têm apenas a intenção de praticar a utilização da escala de resposta. Desenhe um círculo à volta da percentagem que melhor descreve a sua certeza, neste momento, em relação à pergunta colocada.

P-1: Consigo levantar um objecto de 4,5Kg com facilidade	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
P-2: Consigo com facilidade sentir a diferença de peso entre um objecto de 8,5Kg e outro de 9 Kg	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

1. Consigo perceber uma conversa com outra pessoa num local silencioso.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
2. Consigo perceber uma conversa com outra pessoa num local silencioso mesmo quando não lhe consigo ver a cara.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
3. Consigo perceber quando converso com uma mulher.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
4. Consigo perceber quando converso com um homem.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
5. Consigo perceber quando converso com uma pessoa que conheço bem, tal como, um amigo próximo ou um familiar.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
6. Consigo perceber quando converso com outra pessoa, durante uma consulta médica.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% →</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>



7. Consigo perceber a TV.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto
8. Consigo perceber um discurso/palestra numa sala pequena e silenciosa.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto
9. Consigo perceber um discurso/palestra numa sala grande e silenciosa.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto
10. Consigo perceber um aviso por altifalante num local silencioso.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto
11. Consigo perceber um aviso por altifalante num local ruidoso, tal como um evento desportivo.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto
12. Consigo perceber quando converso com outra pessoa que esteja noutra parte da sala.	Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u> ? (escolha uma %) ← 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% → Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza Fazer Moderadamente que consigo fazer isto

13. Consigo perceber quando converso com outra pessoa que está a lavar pratos e de costas para mim.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto agora? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
14. Consigo perceber quando converso com alguém que fala baixinho ou sussurra.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
15. Consigo perceber quando converso com outra pessoa mesmo com ruído de fundo contínuo, tal como uma ventoinha.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
16. Consigo perceber quando converso com outra pessoa estando a ocorrer várias conversas ao mesmo tempo.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
17. Consigo perceber quando converso em grupo num ambiente ruidoso.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>
18. Consigo perceber quando converso ao telemóvel num ambiente ruidoso.	<p>Qual o grau de certeza de que consegue fazer isto <u>agora</u>? (escolha uma %)</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%</p> <p>Não Consigo Consigo fazer Tenho a certeza</p> <p>Fazer Moderadamente que consigo fazer isto</p>

P-LSEQ (Oliveira, Amaral & Serrano, 2013); Instituto Politécnico de Coimbra; ESTeS; Audiologia (N.º 4)

## ANEXO 9 – WHOQOL-OLD

### WHOQOL-OLD Organização Mundial de Saúde

#### Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

#### Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo"

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

**Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados**

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou "Muito" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou "Nada" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.**

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)



**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma  *muito acentuada*, escolha o número correspondente a "Muitíssimo" ⑤. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a "Nada"

①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Muitíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. (F25.4) As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1) Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2) Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74559; Fundação Calouste Gulbenkian)

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)



**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou ou conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Mau-Muito Bom"**

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)



**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo".**

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Completamente".**

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

**Apresentar o cartão com a escala "Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".**

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?				
Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

**Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo".**

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

29. (F31.5) Está preocupado(a) com a morte dos seus familiares?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

30. (F31.6) Está preocupado(a) com a possibilidade de vir a dar trabalho aos seus familiares?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

31. (F31.7) Está preocupado(a) com o bem-estar dos seus familiares?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

32. (F31.8) Está preocupado(a) com a saúde dos seus familiares?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROIBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

ANEXO 10 – Questionário de Satisfação das Sessões

**Questionário de Satisfação das Sessões**

**Nome:**

**Nº da Sessão:**

**Assinale com um “X”, sendo que ☹ significa “Discordo”; ☺ “Nem discordo nem concordo” e ☻ “Concordo”**

	☹	☺	☻
1. Gostei da atividade			
2. Conheci melhor as pessoas do grupo			
3. A minha relação com as pessoas do grupo melhorou			
4. A atividade promoveu a amizade/aproximação entre as pessoas do grupo			
5. Gostei de trabalhar em grupo			
6. A atividade foi interessante			
7. Participei/comuniquei durante a atividade			
8. Senti-me bem-humorado/satisfeito ou feliz ao participar na actividade			
9. Sabendo como foi, voltaria a participar			
10. Preferia outro tipo de atividade			
11. Deixe a sua opinião pessoal (o que mudaria, sugestões, etc.):			

**Obrigada pela sua colaboração!**



## ANEXO 11 – Descrição das Atividades

## Descrição das atividades

## Sessão nº 1 – DINÂMICA DE GRUPO - JOGO DO NOVELO

<b>Objetivo</b>	Criar proximidade entre os participantes e a orientadora do projeto.
<b>Material</b>	Um novelo de lã.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Apresentaram-se os idosos e a orientadora do projeto.</p> <p>Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Neste jogo os idosos e a orientadora do projeto estavam dispostos em círculo. A orientadora segurava o novelo de lã e de seguida dizia o seu nome e passava o novelo para um dos idosos. Este dizia o seu nome e passava o novelo para outro idoso (e isto fez-se de modo sucessivo, até o novelo passar por todos os participantes) sob as diretrizes da orientadora, ou seja, a orientadora ia indicando para onde cada participante deveria atirar o novelo (por exemplo atirar o novelo para a 3ª pessoa que está à sua direita). No final do jogo, perguntava-se o dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome do local onde estava a ser aplicado o projeto.</p> <p><b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Provérbios Populares”. Despedidas.</p>



## Fonte

Anigrupos. (2007). *Jogos e Dinâmicas de Grupo*. Obtido de Recursos para a animação de grupos-anuário: <http://www.anigrupos.org>.

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## 2ª Sessão – PROVÉRBIOS POPULARES

### Objetivo

Estimular a memória, raciocínio, concentração e observação, bem como a interação social.

### Material

Duas folhas com provérbios populares.

### Descrição

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se o que foi feito na sessão anterior “Dinâmica de Grupo - Jogo do Novelo”.

**Atividade Principal:** Este jogo realizou-se em grupos de 2 onde foram apresentados vários provérbios e os participantes tiveram que completá-los. As frases entre parêntesis eram as que os idosos deveriam pronunciar.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte – Dinâmica de Grupo – “As cores”. Despedidas

#### PROVÉRBIOS POPULARES

- 1- Dá Deus nozes (a quem não tem dentes)
- 2- De grão a grão (enche a galinha o papo)
- 3- Longe da vista (perto do coração)
- 4- Patrão fora (dia santo na loja)
- 5- Mais vale um pássaro na mão (do que dois a voar)
- 6- Águas passadas (não movem moinhos)
- 7- Vale mais prevenir (que remediar)
- 8- Quem conta um conto (acrescenta um ponto)
- 9- Quem não tem cão (caça com gato)
- 10- Deus escreve certo (por linhas tortas)
- 11- Filhos criados (trabalhos dobrados)
- 12- De pequenino (se torce o pepino)
- 13- Cão que ladra (não morde)
- 14- Gato escaldado (de água fria tem medo)
- 15- Quem canta (seus males espanta)
- 16- Nem tanto ao mar (nem tanto à terra)
- 17- Água mole em pedra dura (tanto bate até que fura)
- 18- Roma e Pavia (não se fizeram num dia)
- 19- O pior cego (é aquele que não quer ver)
- 20- Dinheiro compra pão (mas não compra gratidão)



<b>Fonte</b>	<p>Apóstolo, J. &amp; Cardoso, D. (2012). <i>Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"</i>. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.</p> <p>Castro, A. E. (2011). <i>Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados</i>. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.</p>
--------------	--

### 3ª Sessão – DINÂMICA DE GRUPO - AS CORES

<b>Objetivo</b>	Promover a autoestima e a aproximação grupal; Jogos lúdicos de competição saudável.
<b>Material</b>	Bolas de plástico de diferentes cores.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Provérbios Populares”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Nesta atividade, os idosos encontravam-se sentados em roda. O jogo iniciou-se quando todos os idosos tivessem uma bola de cada cor. Um dos elementos mostrava uma das bolas e dizia a sua cor (ex. azul). Cada um dos participantes teria que dizer algo que fosse dessa cor (ex. céu, mar). O jogo continuava com a mesma pessoa a mostrar outra bola e fazia-se o mesmo procedimento. Todos os elementos deveriam mostrar as suas bolas e proceder da mesma forma. Quando um dos idosos não fosse capaz de dizer algo dessa cor, era eliminado do jogo.</p> <p><b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Apresentação de um PowerPoint formativo sobre a importância do som e da saúde auditiva e atividade de atenção e memória auditiva”.</p>



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Lamas, S. (2006). *Jogos e atividades para idosos* (Edições Âmbra 2ª ed.). Livpsic&Lima.

**4ª Sessão – APRESENTAÇÃO DE UM POWERPOINT FORMATIVO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SOM E DA SAÚDE AUDITIVA e ATIVIDADE DE ATENÇÃO E MEMÓRIA AUDITIVA**

**Objetivo**

Sensibilizar os participantes para a importância da audição e da saúde auditiva; Estimular a atenção e a memória auditiva.

**Material**

Televisão, computador com vários sons, colunas de som, folha com palavras, folha com contos populares.

**Descrição**

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Dinâmica de Grupo - As Cores”.

**Atividade Principal:** Inicialmente começou por apresentar-se um PowerPoint sobre a importância da audição bem como sobre a saúde auditiva e de seguida fizeram-se duas atividades, uma sobre atenção auditiva e outra de memória auditiva. Na atividade de atenção auditiva os idosos iriam ouvir 4 sequências com vários sons diferentes. A orientadora dizia qual o som que iria aparecer repetido e os idosos tinham que contar, individualmente o número de vezes que aparecia esse som. Nesta atividade eram ainda lidos dois contos populares pela orientadora, em que esta dizia que uma palavra iria repetir-se ao longo dos textos e os idosos em grupo teriam que contar o número de vezes que aparecia essa mesma palavra.

Na atividade de memória auditiva, que era feita em grupo, a orientadora passava 5 sons de animais e no fim os idosos teriam que se lembrar e identificar quais os sons de animais é que tinham passado. A segunda fase da atividade consistia com a orientadora a mencionar 5 palavras, sendo que no fim os idosos individualmente teriam que se lembrar das palavras mencionadas pela orientadora e mencionar aquelas que se lembravam.

Encerramento: Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Descubra as Profissões”. Despedidas.



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Atividades desenvolvidas sob o conhecimento da Mestre Margarida Serrano.

## 5ª Sessão – DESCUBRA AS PROFISSÕES

**Objetivo**

Estimular a memória.

**Material**

Um computador com imagens de várias profissões e uma televisão.

## Descrição

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Apresentação do PowerPoint formativo sobre a importância do som e da saúde auditiva” e “Atividade de Atenção e Memória Auditiva”.

**Atividade Principal:** Os participantes foram organizados em dois grupos. Através de um ecrã de televisão, a orientadora ia mostrando diversas imagens (pistas) sobre uma determinada profissão. Mediante essas pistas, os idosos teriam que identificar qual a profissão da imagem.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Atividade de Atenção e Memória Auditiva”. Despedidas.



## Fonte

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

## 6ª Sessão – ATIVIDADE DE ATENÇÃO E MEMÓRIA AUDITIVA

### Objetivo

Estimular a atenção e a memória auditiva.

### Material

Televisão, computador com vários sons, colunas de som, folha com palavras, folha com contos populares.

### Descrição

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente,

utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Descubra as Profissões”.

**Atividade Principal:** Na atividade de atenção auditiva os idosos iriam ouvir 4 sequências com vários sons diferentes. A orientadora dizia qual o som que iria aparecer repetido e os idosos tinham que contar, individualmente o número de vezes que aparecia esse som. Nesta atividade eram ainda lidos dois contos populares pela orientadora, em que esta dizia que uma palavra iria repetir-se ao longo dos textos e os idosos em grupo teriam que contar o número de vezes que aparecia essa mesma palavra.

Na atividade de memória auditiva, que era feita em grupo, a orientadora passava 5 sons de animais e no fim os idosos teriam que se lembrar e identificar quais os sons de animais é que tinham passado. A segunda fase da atividade consistia com a orientadora a mencionar 5 palavras, sendo que no fim os idosos individualmente teriam que se lembrar das palavras mencionadas pela orientadora e mencionar aquelas que se lembravam.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Classificação de Objetos”. Despedidas.



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



Atividades desenvolvidas sob o conhecimento da Mestre Margarida Serrano.

## 7ª Sessão – CLASSIFICAÇÃO DE OBJETOS

<b>Objetivo</b>	Estimular a memória e a atenção.
<b>Material</b>	Cartolina/papel com várias imagens de objetos.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Atividade de Atenção e Memória Auditiva”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Neste atividade, os participantes foram divididos em três grupos. A atividade consistiu em colocar-se vinte imagens de objetos e as respetivas cores, formas, utilizações dos objetos em cima de uma mesa. Cada grupo teria que agrupar as imagens dos objetos, tendo em conta as determinadas categorias, tais como, cor, forma e utilização. <b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Atividade de Atenção e Memória Auditiva”. Despedidas.</p>



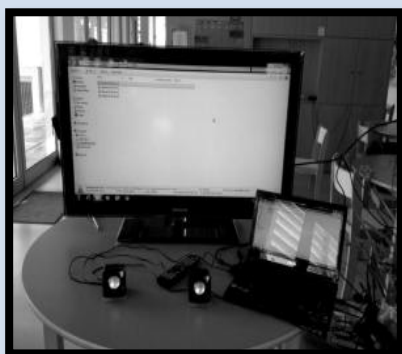
**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



## 8ª Sessão – ATIVIDADE DE ATENÇÃO E MEMÓRIA AUDITIVA

<b>Objetivo</b>	Estimular a atenção e a memória auditiva.
<b>Material</b>	Televisão, computador com vários sons, colunas de som, folha com palavras, folha com contos populares.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Classificação de objetos”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Na atividade de atenção auditiva os idosos iriam ouvir 4 sequências com vários sons diferentes. A orientadora dizia qual o som que iria aparecer repetido e os idosos tinham que contar, individualmente o número de vezes que aparecia esse som. Nesta atividade eram ainda lidos dois contos populares pela orientadora, em que esta dizia que uma palavra iria repetir-se ao longo dos textos e os idosos em grupo teriam que contar o número de vezes que aparecia essa mesma palavra.</p> <p>Na atividade de memória auditiva, que era feita em grupo, a orientadora passava 5 sons de animais e no fim os idosos teriam que se lembrar e identificar quais os sons de animais é que tinham passado. A segunda fase da atividade consistia com a orientadora a mencionar 5 palavras, sendo que no fim os idosos individualmente teriam que se lembrar das palavras mencionadas pela orientadora e mencionar aquelas que se lembravam.</p> <p><b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Função do Objeto”. Despedidas.</p>



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Atividades desenvolvidas sob o conhecimento da Mestre Margarida Serrano.

**9ª Sessão - FUNÇÃO DO OBJETO**

**Objetivo**

Estimular as capacidades cognitivas através da recordação e associação de determinadas imagens e objetos; Estimular a atenção e a concentração.

**Material**

Várias imagens em papel de diferentes objetos.

**Descrição**

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior "Atividade de Atenção e Memória Auditiva".

**Atividade Principal:** Numa mesa colocaram-se de maneira aleatória várias imagens de objetos (ex. chapéu, máquina fotográfica, toalha entre outros). Os participantes deveriam escolher uma imagem de um objeto e falarem sobre as diferentes utilidades que esse objeto poderia ter no dia-a-dia.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte "Atividade de atenção e memória auditiva". Despedidas.



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

**10ª Sessão – ATIVIDADE DE ATENÇÃO E MEMÓRIA AUDITIVA**

**Objetivo**

Estimular a atenção e a memória auditiva.

**Material**

Televisão, computador com vários sons, colunas de som, folha com palavras, folha com contos populares.

**Descrição**

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Função do Objeto”.

**Atividade Principal:** Na atividade de atenção auditiva os idosos iriam ouvir 4 sequências com vários sons diferentes. A orientadora dizia qual o som que iria aparecer repetido e os idosos tinham que contar, individualmente o número de vezes que aparecia esse som. Nesta atividade eram ainda lidos dois contos populares pela orientadora, em que esta dizia que uma palavra iria repetir-se ao longo dos textos e os idosos em grupo teriam que contar o número de vezes que aparecia essa mesma palavra.

Na atividade de memória auditiva, que era feita em grupo, a orientadora passava 5 sons de animais e no fim os idosos teriam que se lembrar e identificar quais os sons de animais é que tinham passado. A segunda fase da atividade

consistia com a orientadora a mencionar 5 palavras, sendo que no fim os idosos individualmente teriam que se lembrar das palavras mencionadas pela orientadora e mencionar aquelas que se lembravam.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Associação de Palavras”. Despedidas.



**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Atividades desenvolvidas sob o conhecimento da Mestre Margarida Serrano.

## 11ª Sessão – ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS E IMAGENS

<b>Objetivo</b>	Estimular as capacidades cognitivas, através de diferentes atividades de memória.
<b>Material</b>	Várias imagens em papel.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Atividade de atenção e memória auditiva”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Os participantes foram organizados em dois grupos. Eles teriam que associar o maior número de palavras e respetivas imagens a um tema específico (ex. Carnaval, Natal, Páscoa etc.).</p> <p><b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i></p>

sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Jogo Quem Sabe Sabe”. Despedidas.



#### Fonte

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

### 12ª Sessão – JOGO DO QUEM SABE SABE

<b>Objetivo</b>	Estimular a memória e a concentração.
<b>Material</b>	Jogo didático – Quem sabe sabe.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Associação de Palavras”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Este jogo é constituído por um cubo com faces de cores diferentes; um dado; quinze cartões com seis categorias (adivinhas, provérbios, curiosidades, canções tradicionais, gastronomia regional e geografia de Portugal).</p>

Neste jogo, os participantes foram divididos por duas equipas. A orientadora teve a função de “juiz”. O jogo iniciou-se quando um elemento de cada grupo lançou o dado e aquele que obtivesse a pontuação mais elevada, começava a jogar. O jogador que obteve a pontuação mais alta lançava o cubo e o seu grupo iria responder à pergunta colocada por este, tendo duas tentativas para acertar. Cada resposta certa valeria o respetivo cartão. No caso de o grupo não acertar, o juiz deveria dizer a resposta correta, pondo de lado esse cartão. Na música tradicional o jogador ou o grupo deveria cantar a canção. O jogo era ganho pela equipa que conseguisse acumular o maior número de cartões. Ao longo do jogo, os participantes deveriam ser estimulados a relatarem histórias passadas relacionadas com as imitações que conseguissem fazer.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Lista de Imagens”. Despedidas.



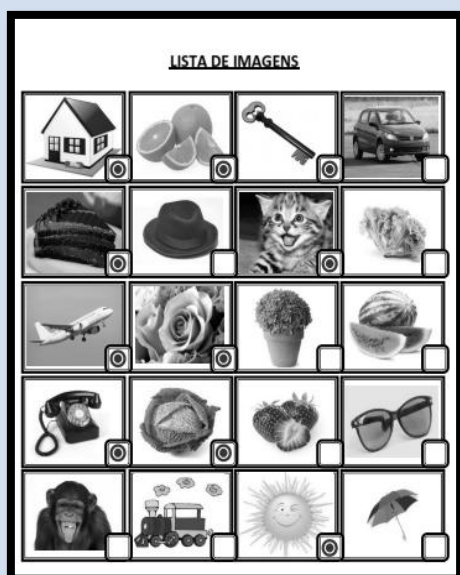
**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

### 13ª Sessão – LISTA DE IMAGENS

<b>Objetivo</b>	Estimular a memória e a atenção.
<b>Material</b>	Lista em papel com várias imagens dada a cada participante, computador e televisão.
<b>Descrição</b>	<p><b>Apresentação:</b> Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se a sessão anterior “Jogo do Quem Sabe Sabe”.</p> <p><b>Atividade Principal:</b> Nesta atividade a orientadora distribuiu por cada idoso uma lista com vinte imagens e estes teriam que ter a lista virada para baixo para não verem as imagens. De seguida, através de um ecrã de televisão, a orientadora ia passando dez imagens diferentes. No fim das dez imagens passadas no ecrã, os participantes viravam a lista e teriam que assinalar as imagens que conseguiram memorizar/visualizar.</p> <p><b>Encerramento:</b> Resumiu-se e obteve-se o <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Relembrou-se a data, hora e tema da sessão seguinte “Atividade de Atenção e Memória”. Despedidas.</p>







**Fonte**

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Castro, A. E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro.

#### 14ª Sessão – ATIVIDADE DE ATENÇÃO E MEMÓRIA AUDITIVA E ATIVIDADE DE DESPEDIDA

##### **Objetivo**

Estimular a atenção e a memória auditiva; Aproximação grupal

Televisão, computador com vários sons, colunas de som; folha com palavras, folha com contos populares

##### **Descrição**

**Apresentação:** Deram-se as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrou-se sessão anterior "Lista de Imagens".

**Atividade Principal:** Na atividade de atenção auditiva os idosos iriam ouvir 4 sequências com vários sons diferentes. A orientadora dizia qual o som que iria aparecer repetido e os idosos tinham que contar, individualmente o número de vezes que aparecia esse som. Nesta atividade eram ainda lidos dois contos populares pela orientadora, em que esta dizia que uma palavra iria repetir-se ao longo dos textos e os idosos em grupo teriam que contar o número de vezes que aparecia essa mesma palavra.

Na atividade de memória auditiva, que era feita em grupo, a orientadora passava 5 sons de animais e no fim os idosos teriam que se lembrar e identificar quais os sons de



animais é que tinham passado. A segunda fase da atividade consistia com a orientadora a mencionar 5 palavras, sendo que no fim os idosos individualmente teriam que se lembrar das palavras mencionadas pela orientadora e mencionar aquelas que se lembravam.

No fim da atividade realizou-se uma pequena atividade de despedida. Passaram-se várias músicas proporcionando o reconhecimento do autor da música, tendo inclusive os idosos cantado em grupo. No final fez-se um pequeno baile, onde todos os idosos se divertiram.

**Encerramento:** Resumiu-se e obteve-se o *feedback* sobre a atividade realizada. Agradeceu-se individualmente a participação. Entregou-se de um pequeno “miminho” a todos os participantes. Despedidas.



Fonte

Apóstolo, J. & Cardoso, D. (2012). *Operacionalização do Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos "Fazer a Diferença"*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Atividades desenvolvidas sob o conhecimento da Mestre

---

Margarida Serrano.

Dias, H. (2008). Plano de Intervenção Psicopedagógico para Idosos. Consultado a partir de: <http://pt.slideshare.net/guest517cb4/plano-de-interveno-psicopedaggico-para-idosos-memria>

---

ANEXO 12 – PowerPoint Formativo

# A importância da Audição e a Saúde Auditiva

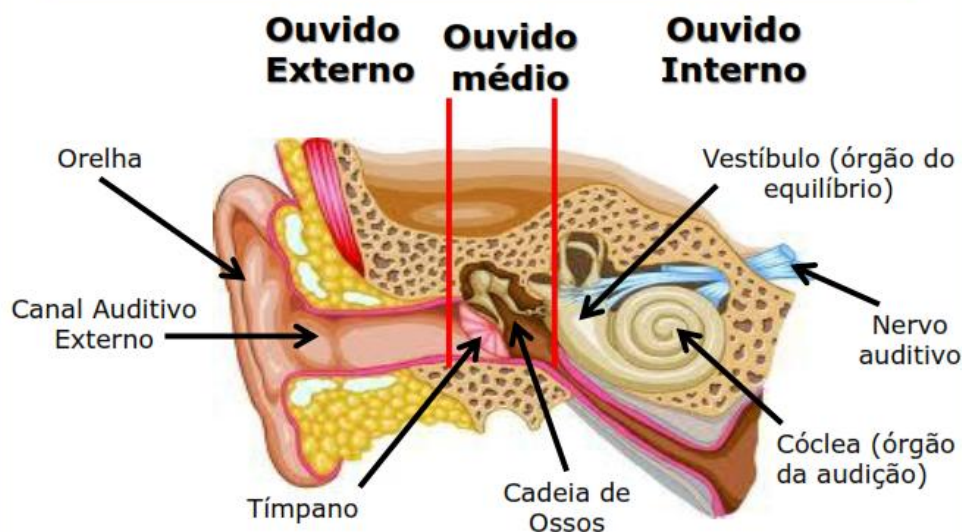


Audiologista Filipa Fonseca  
2014

## A Audição é importante...

- Comunicação (falar/conversar com as pessoas)
- Na saúde e na qualidade de vida de cada um de nós
- Estabelecemos as nossas relações sociais através da comunicação
- Para que não existam sentimentos de isolamento social, depressão etc...

## Como é constituído o nosso Ouvido?

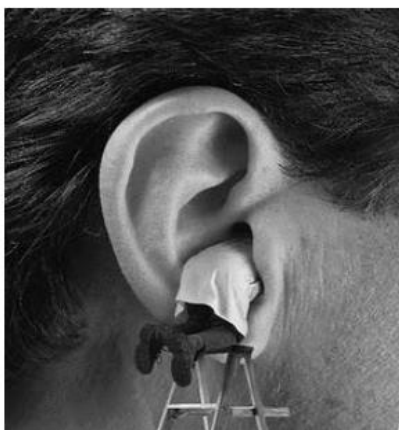


## Processo natural de envelhecimento "Presbiacusia"

A idade chega e trás com ela vários prolemas de saúde, um deles está muito presente na maioria dos idosos, a perda da audição.



## Saúde Auditiva



### Cera/Cerúmen

#### O que é a Cera do ouvido?

A cera do ouvido, também conhecida como cerúmen, é uma substância natural produzida por umas glândulas que temos na nossa pele chamadas de glândulas sebáceas

#### Porque é que o cera se acumula no ouvido?

Porque ela ajuda a manter o ouvido saudável, impedindo a entrada de micróbios/bactérias prejudiciais ao ouvido



**ATENÇÃO!!!!**

Não limpe os seus ouvidos com:



Limpe os seus ouvidos com:  
Com um toalha à entrada do ouvido, ou  
indo ao médico otorrino fazer uma  
lavagem





## Quando é que a cera se torna num problema?

Quando o ouvido fica "entupido" de cera, pois podem surgir problemas como:

Diminuição da Audição

Desconforto na região

Dor de ouvido

Comichão

Zumbidos

## Fique atento se:

Aumenta o volume da Televisão

Falar muito alto ou muito baixo

Ouvir e não compreender

Apresentar barulhos ou zumbidos nos ouvidos

Apresentar tontura ou desequilíbrio

Apresentar depressão, isolamento social





**Referências Bibliográficas**

<http://www.ouvir.pt/index.html>

[http://www.telexbr.com.br/entendendo\\_audicao.php?id=1](http://www.telexbr.com.br/entendendo_audicao.php?id=1)

<http://www.apta.org.pt/index.php/audicao-e-equilibrio>

**Obrigada pela vossa presença!**



**Cuide de si e da sua audição!!!**

## ANEXO 13 –Lista de Palavras e Sons

### **Atividades de Memória Auditiva**

**Lista de Palavras: (Os idosos teriam que mencionar o máximo de palavras que se lembrassem):**

Palavra 1: Cabelo

Palavra 2: Sapato

Palavra 3: Avião

Palavra 4: Papoila

Palavra 5: Azul

**Lista de sons de animais (Os idosos teriam que identificar o máximo de animais que ouvissem):**

Som 1: Abelhas

Som 2: Cão

Som 3: Águia

Som 4: Macaco

Som 5: Porco

### **Atividades de Atenção Auditiva**

**Os idosos teriam que contabilizar o número de vezes em que aparecia a palavra colorida nos dois contos populares seguintes:**

#### **O Coelho e o Gato**

*“Eram uma vez um gato e um coelho que se combinaram para ir passear. Ao depois chegaram à beira do mato e disse o gato para o coelho se queria passear no mato;*

pegaram e foram. Viram um pinheiro e disse o **coelho**: “Ó gato, tens-te por muito forçante; vamos a ver qual de nós trepa primeiro acima deste pinheiro.” “Vamos lá.”

O gato chegou primeiro e o **coelho** foi com raiva e tirou-lhe metade do rabo; como ele lhe tirasse metade do rabo, o gato pôs-se a chorar: “**Coelho**, dá-me o meu rabo.” Não te dou o rabo, só se me deres leite.”

Ao depois então chegaram a um lameiro e viram uma vaca e o gato disse: “Vaca dá-me leite para eu dar ao **coelho** para o **coelho** dar ao meu rabo” (Coelho, 1995).

(...)

(Coimbra)

### **O Compadre Lobo e a Comadre Raposa**

“Era uma vez um homem casado com uma mulher chamada Maria, e tinham por **compadres** um lobo e uma raposa. Um dia disseram eles ao lobo e à raposa: “Olhem, **compadres**, é preciso fazer uma grande festa cá em casa e por isso vê tu, compadre, se me trazes alguns carneiros e ovelhas para o jantar; e tu comadre raposa, arranja galinhas e patos, pois nós queremos que o banquete seja falado em toda a vizinhança.” O lobo e a raposa responderam: “Fiquem descansados, **compadres**, que não lhes há-de faltar o que desejam.”

Desde esse dia o lobo e a raposa todas as noites levaram gado para casa dos **compadres**, de sorte que eles já não cabiam em si de contentes. Chegado o dia da festa, lá foram o lobo e a raposa assistir à função, e quando chegaram, viram que os **compadres** tinham uma grande caldeira de água a ferver e um espeto metido no fogo. O lobo perguntou: “Ó comadre, para que é esse espeto?” “É para assar galinhas.”

Palavras não eram ditas, o homem a pegar na caldeira e a deitar a água a ferver em cima do lobo e a mulher a meter o espeto pelos olhos da raposa. Escusado dizer que ao lobo caiu-lhe a pele e a raposa ficou cega.

Passara-se já bastante tempo e os **compadres** nem já se lembravam do que tinham feito, quando o homem, andando um dia no mato a apanhar lenha, viu correr para ele o compadre lobo e, receando que ele o matasse, subiu para cima de uma árvore. Então o lobo disse-lhe de baixo: “Tu pensas que me escapas! Espera que eu te ensino.” E dito isto, começou a chamar pelos outros lobos e logo vieram muitos; ele então disse-lhes: “É preciso matar aquele homem que ali está em cima e para lá chegar é preciso que se ponham todos em cima uns dos outros; eu ficarei por baixo, porque tenho mais força.”

*Já os lobos, postos uns sobre os outros, estavam quase a chegar ao compadre quando ele gritou com toda a força: “Ó Maria, traz cá a caldeira de água a ferver.” O lobo, logo que isto ouviu, pernas para que te quero e os outros que estavam sobre ele caíram todos no chão; depois desesperados correram sobre o lobo que tinha fugido e mataram-no.*

*O compadre voltou para casa e contou tudo à mulher e nunca mais quiseram voltar ao mato” (Coelho, 1995).*

*(Coimbra)*

**Sequências de sons (Numa sequência com vários sons diferentes, os idosos teriam que identificar quantas vezes aparecia o som repetido):**

Sequência 1: Galo (som repetido)

Sequência 2: Telefone (som repetido)

Sequência 3: Choro do bebé (som repetido)

Sequência 4: Gato (som repetido)

ANEXO 14 – Anamnese

**Anamnese**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

- 1- Acha que ouve bem? Sim\_\_Não\_\_  
Se não, de que ouvido? O.D. \_\_O.E.\_\_
- 2- Tem acufenos/zumbidos nos ouvidos? Sim\_\_ Não\_\_  
Se sim, em qual dos ouvidos? O.D \_\_O.E.\_\_ Ambos\_\_
- 3- Tem tonturas/vertigens? Sim\_\_Não\_\_
- 4- Acha que tem boa memória? Sim\_\_Não\_\_
- 5- Consegue perceber bem tudo o que a sua família lhe diz ao conversarem consigo? Sim\_\_Não\_\_Às vezes\_\_
- 6- Consegue ouvir o telefone a tocar? Sim\_\_Não\_\_
- 7- E ao telefone, consegue perceber o que as pessoas lhe dizem?  
Sim\_\_Não\_\_
- 8- E a televisão, consegue perceber bem o que é falado na televisão?  
Sim\_\_Não\_\_





